



# Lohjan Keskustan kotihoidossa

Lindroos, Charlotta

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## **Turvallinen lääkehoito - onnistuneen kotiuttamisen malli Lohjan Keskustan kotihoidossa**

Charlotta Lindroos  
Jenna Hägg  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Helmikuu, 2010

Charlotta Lindroos ja Jenna Hägg

**Turvallinen lääkehoito - onnistuneen kotiuttamisen malli Lohjan Keskustan kotihoidossa**

Vuosi	2010	Sivumäärä	54
-------	------	-----------	----

Tämän hankkeen tavoitteena oli yhtenäistää lääkehoidon toimintatapoja Lohjan alueen kotihoidoissa ja sitä kautta parantaa potilaiden lääketurvallisuutta. Kehitystyö kuuluu Laurea-ammattikorkeakoulun Lohjan yksikön Turvallinen lääkehoito 3 -hankkeeseen, joka on toteutettu Sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoito-oppaan pohjalta. Kehittäminen alkoi Lohjan alueen Keskustan kotihoidon ja Laurea-ammattikorkeakoulun välillä keväällä 2009. Kehittämiskohteeksi valittiin tiedonkulku ja dokumentointi lääkehoidossa. Teemahaastattelussa ilmeni, että suurin ongelma tiedonkulussa oli osastojen ja kotihoidon välillä. Dokumentoinnin kehittäminen jäi hankkeen ulkopuolelle.

Kehittämistoiminnan perusteena käytettiin tutkittua tietoa potilaan kotiuttamisesta ja hoidon jatkuvuudesta. Hankkeen perustana toimivat Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnalliset suositukset lääkehoitoprosessista. Kehittämisessä käytettiin juurruttamisen menetelmää, jonka tarkoituksena on saada työyhteisön hiljainen tieto näkyväksi ja yhdistää se tutkittuun tietoon, jolloin voidaan luoda työyhteisöön sopiva uusi toimintamalli. Työryhmä muodostui Keskustan kotihoidon sairaanhoitajasta ja lähihoitajasta sekä kahdesta sairaanhoitajaopiskelijasta.

Työyhteisön nykytilan kuvaus kehittämiskohteesta kerättiin teemahaastattelulla. Haastatteluun osallistuivat kaikki vuorossa olevat hoitajat. Haastattelun teemana olivat tiedonkulun nykytilanne, kokemukset tiedonkulusta sekä tiedonkulku hoitajien ja yhteistyökumppaneiden välillä. Kehittämiskohteeksi tarkentui tiedonkulun kehittäminen erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Kehittämiskohteesta haettiin tutkittua tietoa, jota esiteltiin työryhmälle.

Haastattelun ja tutkitun tiedon pohjalta muodostui onnistuneen kotiuttamisen malli. Malli esiteltiin työryhmälle ja sitä muokattiin kommenttien perusteella. Mallissa on esitetty, miten kotihoito ja osastot voivat kehittää potilaan hoidon ja lääkehoidon jatkuvuuden turvaamista. Työyhteisö arvioi mallin arviointilomakkeella. Saatujen vastausten perusteella malli koettiin hyväksi ja käyttökelpoiseksi. Mallia toivottiin esitettävän osastoille.

Onnistuneen kotiuttamisen mallia esitellään jatkossa eri osastoille, ja sen toimivuutta arvioi ja muokkaa sopivaksi toinen opiskelijaryhmä kehittämistyönään.

Asiasanat: potilasturvallisuus, kotihoito, kotisairaanhoito, tiedonkulku, dokumentointi, kotiuttaminen ja juurruttaminen.

Charlotta Lindroos and Jenna Hägg

**Safe medication model for a successful demobilization -Lohja Keskusta home care**

Year	2010	Pages	54
------	------	-------	----

---

The target of this project was to unify medical care in home care in area of Lohja and that way improve patients medical safety. This development work is a part of safe medical care 3 project in Laurea Lohja and it is executed according to Ministry of Social Affairs and Health guide. Development project started in the spring 2009 between Keskustan Kotihoito and Laurea Lohja.

The development target that we chose was flow of information and documentation in medical care. In the theme interview it became evident that the biggest problem in the flow of information was between units and home care. Development of documentation did not, however, belong to this project.

Information about demobilization of a patient and continuity of health care were researched as a basis of this project. The method used in this project was dissemination, the purpose of which is to bring silent information in the work community forth and combine it with researched information. This way a new operation model is created to the working community. The working group consisted of a nurse and practical nurse of Keskustan Kotihoito and two nursing student.

Description of the present state of developing target was obtained by questions to the working community in the form of a theme interview. This interview was participated by all the nurses working in both working shifts. The themes of the interview were present state of flow of information, experiences about flow of information and flow of information between nurses and partners in cooperation. The interview was recorded and afterwards transcribed. The developing target consisted of how to improve the flow of information between special health care and home care.

The interview and researched information provided data for the model for successful demobilization. This model was presented to the working community and it was rewritten according to the feedback the community provided. The model presents how continuation of patients health care and medical care can be developed in home care and wards. The working community evaluated the model with an assessment form. According to the feedback, the model is functional and practical. It was hoped that the model would be presented to the wards.

In the future the model of successful demobilization is presented to various wards and another student group will estimate its functionality and will modify it as their thesis.

**Keywords:** patient safety, home care, home healthcare, flow of information, documentation, demobilization and to imprint.

## SISÄLLYS

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämistoiminnan ympäristö.....	7
	2.1 Kotihoito.....	7
	2.2 Avohoitopotilas.....	8
	2.3 Lohjan kotihoito.....	9
3	Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut.....	10
	3.1 Turvallinen lääkehoito.....	10
	3.2 Lääkehoidon suunnitelma.....	12
	3.3 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat.....	13
	3.4 Työntekijän osaaminen.....	13
	3.5 Täydennyskoulutus.....	14
	3.6 Henkilöstön vastuu, velvollisuus ja työnjako.....	14
	3.7 Lupakäytännöt.....	15
	3.8 Lääkehuolto.....	16
	3.9 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen.....	16
	3.10 Potilaan informointi ja neuvonta .....	17
	3.11 Dokumentointi ja tiedonkulku.....	17
	3.11.1 Onnistunut kotiuttaminen.....	19
	3.11.2 Tiedonhallinta lääkehoidossa.....	21
	3.11.3 Sähköinen kirjaaminen.....	23
	3.12 Seuranta- ja palautejärjestelmä.....	24
4	Kehittämistoiminnan menetelmät.....	26
	4.1 Teemahaastattelu.....	26
	4.2 Juurruttaminen.....	28
	4.3 Juurruttamisen ympäristö.....	30
	4.4 BA .....	31
	4.5 Muutosprosessi.....	31
5	Kehittämistoiminnan toteutus.....	32
	5.1 Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus.....	32
	5.2 Kehittämiskohteen rajaaminen.....	34
	5.3 Onnistuneet kotiuttamisen malli.....	34
6	Kehittämistoiminnan lopputuotointi.....	38
	6.1 Kotihoidon henkilökunnan arvio onnistuneen kotiuttamisen mallista ja työryhmän työskentelystä.....	38
	6.2 Kehittämistoiminnan arvioinnin yhteenveto.....	42
	Lähteet.....	45
	Kuviot.....	50
	Liitteet.....	51

## 1 Johdanto

Tämän työn tarkoituksena on kehittää lääkehoitoa Lohjan keskustan alueen kotihoidossa. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan jokaisessa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä tulisi olla lääkehoidon suunnitelma. Lääkehoitoa toteuttavissa yksiköissä turvallisen lääkehoidon kehittäminen on tärkeää. Kehittäminen edistää työyhteisöjen yhteistyötä, joka varmistaa, että asiakkaat saavat yhtä laadukasta ja turvallista lääkehoitoa. Jos lääkeshoidossa tapahtuu virheitä, sitä tulee jatkuvasti kehittää.

Lääkityksessä tapahtuva poikkeama on useimmiten ihmisestä johtuva vaara potilaalle lääkehoidon seurauksena, ja saattaa aiheuttaa hänelle haittaa. Tapahtuma voi liittyä lääkkeeseen itsessään (haittavaikutus), lääkkeen määräämiseen, pakkaamiseen, merkitsemiseen, koostumukseen, tilaamiseen, nimeämiseen, jakeluun, toimittamiseen, annosteluun tai neuvontaan lääkkeen käytön tai seurannan aikana. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, 1.1.2009 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. 2006.) Potilaan lääkehoidonsuunnitelmassa on otettava huomioon lääkityksen jatkuvuus, ja tiedonsiirron pitää olla sujuvaa seuraavan hoitoyksikön välillä. Lääkelista tulisi aina tarkistaa ennen potilaan kotiutumista. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 60-61.)

Läkehoidon kehittämisen hanke perustuu Sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoito-oppaaseen. Koko hankkeen tarkoituksena on kehittää lääkehoidon yhteneväisyyttä, toteuttamisen periaatetta, vastuunjaon selkeyttä ja määrittää lääkehoidon toteuttamisen kriteerit Lohjan alueen kotihoidossa ja vanhusten palvelukeskuksessa. Tämän hankkeen kehittämiskohteet määräytyvät edellisen lääkehoidon hankkeen tuottamien nykytilanteen kuvausten pohjalta. Ja ne ovat tiedonkulku ja dokumentointi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Teemahaastattelun ja kootun tutkitun tiedon perusteella kehittämisen alueeksi kuitenkin rajattiin tiedonkulku osastojen ja kotihoidon välillä. Koska kotihoidon työryhmässä on kehitetty dokumentointia uuden sähköisen kirjaamisohjelman myötä, dokumentointi kehittämiskohteena jäi hankkeen ulkopuolelle. Opiskelijoiden tuottamat kehittämisen tulokset ovat koko Lohjan alueen kotihoidon käytettävissä. Onnistuneen kotiuttamisen mallia tullaan esittelemään jatkossa osastoille. Kotihoidon yksiköille voidaan muotoilla lääkehoitosuunnitelma näiden hankkeiden pohjalta.

Tiedonkulku erikoissairaaloiden ja perusterveydenhuollon välillä on todettu huonoksi monessa sitä käsittelevässä väitöskirjassa. Hyvä suullinen ja kirjallinen tiedonkulku olisi

kustannustehokkaampaa, koska se vähentää hoitajien päällekkäistä työtä ja lisää potilasturvallisuutta. (Leino 2004 & Ronkä 2008; Hammar 2008; Niemelä 2006; Lapveteläinen 2005.)

Kehittämisessä käytettiin juurruttamisen menetelmää. Juurruttamisen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tutkitun tiedon ja työyhteisön hiljaisen, kokemuksellisen tiedon pohjalta. Juurruttamisessa on tärkeää työyhteisön osallistuminen kehittämiseen ja siihen annetut resurssit. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007.)

## 2 Kehittämistoiminnan ympäristö

### 2.1 Kotihoito

Kotisairaanhoito kuuluu perusterveydenhuoltoon, jonka avulla potilas selviytyy sairaudestaan ja alentuneesta yleisilastaan huolimatta kotioloissaan. Kotisairaanhoito tarkoittaa toisin sanoen sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen (lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja jne.) tulee kotiin antamaan palveluja säännöllisesti. Hoidon on perustuttava hoitosuunnitelmaan, joka edellyttää hoitopäätöksen tekoa, sitä säätelee kansanterveyslaki (66/72). Kotisairaanhoitoa toteuttavat kunnat. Kunnat voivat ostaa myös yksityisiä palveluita. Kotisairaanhoidon tulee palvella kuntalaisten tarpeita, ja yleensä kunnat toteuttavat palvelut. (Lapveteläinen 2005, 7-9; finlex.fi 2009.)

Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunnan tulee järjestää perusterveydenhuollon palvelut asukkaille. Laissa ei kuitenkaan kerrota, kuka määrittelee tarpeen. Tarve voidaan määrittää jokaisen henkilökohtaisen kokemuksen perusteella. Kotihoidon näkökulmasta palvelua on annettava, kun asiakas ei selviydy jokapäiväiseen elämään kuuluvista tehtävistä. Tämän määrittelee sosiaalihuoltolaki (710/1982). (finlex.fi 2009.)

Kotihoidon aloittamisesta tulee tehdä palvelupyyntö, jonka vastaanottaa kotihoidon sairaanhoitaja. Palvelupyynnön vastaanottajalla tulee olla riittävä tuntemus kunnan tarjoamista palveluista, hyvät vuorovaikutustaidot puhelimesta, kyky tehdä päätöksiä lyhyen puhelinaraportin perusteella ja taitoa laatia kuvaus asiakkaan tilanteesta. Palvelupyyntöjen vastaanottoon tulee olla järjestetty oma tila ja aika. Kotihoidosta annettavista palveluista päättää kotihoidon viranhaltija, ja lopullinen päätös kotihoidon palveluista ja määrästä tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa hänen kotonaan. Lähtökohtana on asiakkaan oma näkemys palvelujen tarpeesta ja maksukyvystä. Kaikki palvelupyynnot tulisi kirjata, jotta voitaisiin saada kuva palvelujen tarpeesta. (Larmi, Toukola & Välkkiö 2005, 43-54.)

Kotihoidon piirissä olleiden asiakkaiden määrästä koko Suomessa kootaan joka toinen vuosi tilastotiedote. Tiedotteesta selviää asiakkaiden saamat palvelut, ikärakenne, hoidon tarve, tarkoituksenmukainen hoitopaikka, hoitoon tulon syy ja aikaisemmat hoitopaikat. Vuonna 2008 tehdyn tilaston mukaan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,2 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon asiakkaina. Asiakkaita, joiden luona käytiin usein, yli 40 käyntiä kuukaudessa, oli hieman yli neljännes. Kotihoidon säännöllisiksi asiakkaiksi puolet tuli kotoa ja hieman yli neljännes sairaalasta. Hoitoon tulon syynä oli useimmiten fyysinen sairaus tai itsestä huolehtimisen puute. Valtaosan mielestä kotihoito oli heille sopiva hoitomuoto. (Kotihoidon laskenta 2008.)

Kotihoidon palveluja lisätään tulevaisuudessa paljon ja kotiin viedään myös sairaalatasoista hoitoa. Kunnallisia kotisairaalan palveluita on mahdollista saada Suomessa mm. Helsingissä, Tampereella, Turussa ja Vantaalla lisäksi on yksityisiä palveluntuottajia. (MTV3 2005.) Kansainvälisesti on tutkittu hospital-at-home -mallia. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotisairaalanhoito on jopa puolet halvempaa kuin sairaalahoito, ja kotisairaalan potilailla todettiin vähemmän kliinisiä komplikaatioita, esimerkiksi tulehduksia. Myös potilaiden ja omaisten tyytyväisyys hoitoon oli korkeampi. Lisäksi kotisairaalaan voidaan kotiuttaa turvallisesti potilaat, jotka eivät vaadi akuuttia sairaala hoitoa. (Leff 2009.)

## 2.2 Avohoitopotilas

Avohoitopotilaat ovat oma osa-alueensa, sillä he käyvät harvoin lääkärissä ja lääkkeiden ottaminen ei ole yhtä kontrolloitua kuin sairaalan vuodeosastolla, jossa sairaanhoitaja vie potilaalle tälle kuuluvat lääkkeet ja varmistaa lääkkeen saannin. Potilaat eivät yleensä myönnä hoitohenkilökunnalle, että he eivät ole ottaneet lääkkeitään säännöllisesti tai käyttäneet sitä ollenkaan. Lääkärin määrätessä lääkettä potilaalle hän ei voi olla täysin varma siitä, että potilas noudattaa annettuja ohjeita. Terveyskeskuksissa lääkäreistä on pulaa eikä potilaisiin synny kunnon hoitosuhdetta. Hoitopäätöksiä täytyy tehdä nopeasti, mikä saattaa aiheuttaa joskus ikävän hoitokokeilukierteen. Tarkempia tutkimuksia ei voida tehdä, koska ei ole ketään, joka kontrolloisi tuloksia tai olisi mukana suunnittelemassa potilaan hoitoa. Myös pitkät välimatkat voivat olla syynä siihen, ettei potilaalle tehdä tarkempia tutkimuksia, koska jo terveyskeskukseen pääseminen saattaa olla joidenkin potilaiden kohdalla vaikeaa. (Voipio-Pulkki 2008.)

Perusterveydenhuollon asiakkaat ovat iäkkäitä ja moni sairaita ihmisiä, joilla on hoidon tarpeita niin somaattisissa, fyysisissä ja psyykkisissä sairauksissa, joista melkein kaikki ovat pitkäaikaissairauksia. Sairaalaan joutumisen syynä on usein kaatuminen, infektiot tai yleistilanheikkeneminen. Joskus potilaat hakeutuvat hoitoon sosiaalisista syistä, sillä suurin osa heistä on yksin asuvia naisleskiä. (Kerkkä 2004, 5-11.)



### 2.3 Lohjan kotihoito

Kotihoidon alueet jaetaan Lohjalla Keskustan kotihoitoon, Nummentaustan kotihoitoon, Mäntynummen kotihoitoon, Ojamon kotihoitoon, Roution kotihoitoon, Sammatin kotihoitoon, Virkkalan kotihoitoon ja Siuntion kotihoitoon. Inkoossa toimii Inkoon kotihoito ja Karjalohjalla Karjalohjan kotihoito. Jokaisessa kotihoidon yksikössä on oma palvelualuepäällikkö. (lohja.fi 2009.)

Kotihoidon palvelut on pääosin tarkoitettu kotona asuville vanhuksille ja vammaisille. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa arvioimalla avuntarve ja asettamalla tavoitteet hoidolle. Palveluja on mahdollista saada seitsemänä päivänä viikossa. Lohjan kotihoidossa on käytössä vastuuhoitajajärjestelmä. Järjestelmä tukee asiakkaan omatoimisuutta sekä kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa. Kotihoidon palveluja on mahdollista saada esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Kotihoidossa on käytössä kuntouttava työote, joka tukee asiakkaan kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Kotihoitoa voi hakea palvelualueiden henkilöstöltä tai palvelualuepäälliköiden kautta. (lohja.fi 2009.)

Keskustan kotihoidossa on tällä hetkellä 60 vakituista asiakasta ja 59 epäsäännöllistä asiakasta, joiden luona käydään harvemmin kuin kerran viikossa. Kotihoito tekee joka päivä noin 68 käyntiä. Viikonloppuisin käyntejä on vähemmän. (Karjalainen, henkilökohtainen tiedonanto 2009.)

Keskustan kotihoidon työryhmä on toiminut kolme vuotta, ja se on koottu muiden yksiköiden henkilöstöstä. Keskustan kotihoidossa työskentelee yhteensä 17 hoitajaa, joista 12 on lähihoitajia, kaksi sairaanhoitajaa, yksi sijainen ja kaksi varahenkilöä. Työ on kaksivuorotyötä. Aamuvuoro kestää arkisin klo 7.30-15.3, jolloin työntekijöitä on 5-6. Heistä kaksi on sairaanhoitajia. Iltavuoro alkaa klo 12.30 ja loppuu 21.00. Tällöin töissä on kolme työntekijää. Viikonloppuisin aamuvuoro on klo 7.00-15.00. Työntekijöitä on silloin neljä ja iltavuorossa kolme. Viikonloppuisin koko Lohjan seudun kotihoidossa toimii yksi sairaanhoitaja, joka hoitaa koko alueen akuutit tilanteet ja vaativimmat sairaanhoidolliset potilaat. Kotihoidossa toimii myös yöpartio, jossa toimii parina sairaanhoitaja ja lähihoitaja. Heidän työaikansa on 21.15-7.15. (Kotihoidon perehdytyskansio 2009.)

Kotihoidon arvoihin kuuluu asiakaslähtöisyys, joka näkyy työotteessa. Asiakkaita hoidetaan tasavertaisesti, yksilölliset tarpeet huomioiden ja käytettävissä olevia resursseja hyödyntäen, asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja häntä tuetaan omatoimisuuteen. Arvoihin kuuluu myös työyhteisön hyvinvointi. Työyhteisö kohtelee jäseniään tasavertaisesti ja

oikeudenmukaisesti. Siellä noudatetaan reiluja pelisääntöjä, toimitaan avoimesti ja käytetään moniammatillista yhteistyötä verkostojen kesken. Työyhteisössä arvostetaan erilaisuutta ja ammattitaitoa. Kehittäminen ja uuden oppiminen kuuluvat kotihoidon arvoihin. Henkilöstö suhtautuu avoimesti muutoksiin, ja ammattitaitoa pidetään yllä hankkimalla uutta tietoa. Omia voimavaroja ja osaamista hyödynnetään työssä. (Kotihoidon perehdytyskansio 2009.)

### 3 Kehitettävän toiminnan teoreettiset perustelut

#### 3.1 Turvallinen lääkehoito

Potilasturvallisuus on yksi keskeisimmistä käsitteistä sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. Potilasturvallisuus käsitteenä merkitsee periaatteita ja toimintoja, joilla pyritään edistämään ja takaamaan potilaan turvallisuutta. Hoitohenkilökunnan tarkoituksena on suojella potilasta haitoilta ja tehdä valintoja potilaan hyvän hoidon toteuttamiseksi. Potilaan tulee saada oikeaa hoitoa oikeaan aikaan. Potilasturvallisuuden piiriin kuuluu hoidon turvallisuus, lääkitysturvallisuus ja laiteturvallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) Hyvä potilasturvallisuus saadaan aikaiseksi silloin, kun huomio siirretään yksittäisistä toimijoista koko organisaatioon ja potilaalle tapahtuneet vahingot käsitellään ja arvioidaan. Tällöin saadaan uutta tutkittua tietoa ja potilasturvallisuutta voidaan edistää ja kehittää, kun tiedetään organisaation ongelmat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Wendelboe & Häkkinen 2006.)

Potilasturvallisuutta edistetään arvojen ja asenteiden mukaan, joten sen pitää lähteä toimintamallista. Potilasturvallisuuskulttuuriin kuuluu riskien arviointia ja ehkäisyä, korjaavia toimenpiteitä ja mallin jatkuva kehittäminen. Turvallisuuskulttuuria lisäämällä ja vahvistamalla pystytään vähentämään virheiden määrää. Tämä kuitenkin edellyttää työyhteisöltä hyvää tiimityöskentelyä. Avoimesti puhuminen työtovereiden kesken ei riitä, vaan ilmapiiriin tulisi olla myös sellainen, että omaisetkin uskaltaisivat ilmaista mielipiteensä. Haittatapahtuman sattuessa tukea antavat työyhteisöjäsenet toisilleen sekä hoitajat potilaille ja heidän omaisilleen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Potilasturvallisuutta parantavat ohjelmat tulisi suunnata hoitoprosessien arviointiin, koska terveydenhuollon monimutkaisissa hoitoprosesseissa piilee erehtymisen mahdollisuus. Organisaatioiden tulisi asettaa tavoitteeksi turvallisen työilmapiirin ja potilasturvallisuutta arvostavan organisaatiokulttuurin luominen. Tämä antaa hyvän perustan turvallisille hoitoprosesseille. Kommunikoinnin ja tiedonkulun tulee olla sujuvaa ja ongelmatonta, koska hoitoprosesseihin osallistuu eri ammattiryhmien edustajia. Kaikkien työntekijöiden sitoutumisella, potilasturvallisuuden parantamiseen voidaan vähentää lääkityspoikkeamia. Organisaation kaikilla tasoilla tulee lisätä moniammatillisia työtapoja ja toisia kunnioittavaa

yhteistyötä. (Suikkanen, Kankkunen & Suominen 2009.)

Potilasturvallisuutta voidaan parantaa siten, että hoito tehdään potilasta ja hänen omaisia kuunnellen. Potilas ja omaiset tulisi ottaa mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Potilaalta täytyy saada tarvittavat tiedot ja potilasta tulisi kannustaa puhumaan omista tuntemuksistaan ja oireistaan. Potilasta kehoitetaan kysymään hoidoistaan ja potilaan toiveita tulisi kunnioittaa. Potilaan kysymyksiin tulisi vastata asiallisella tiedolla ja potilaan halutessa hänen omaisilleen voidaan kertoa samat asiat. Potilaan kanssa tulisi puhua hoidon riskeistä ja odotettavista hoitotuloksista. Hänelle tulisi kertoa, minne hänen tulisi ottaa yhteyttä potilasturvallisuusasioissa, jotka häntä arveluttavat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Potilasturvallisuus on kotihoidon henkilökunnan ja potilaan yhteinen asia. Työntekijän tulisi sitoutua edistämään potilaan turvallisuutta ja suojella sitä. Työntekijän tulisi kehittää ja arvioida omaa työtään ja samalla kehittää omaa toimintaansa turvallisemmaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Tanskan potilasturvallisuuslaki velvoittaa hoitajaa raportoimaan haittatapahtumista erilliseen tietokantaan. Lain tarkoituksena on, että hoitajat täyttäsivät haittatapahtumailmoituksia, jolloin virheistä oppiminen tehostuu. Tehtyä ilmoitusta ei voi hyödyntää esimerkiksi valitusta tehdessä, joten lomakkeen täyttäminen helpottuu. (Wendelboe & Häkkinen 2006.)

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveystieteiden ammattihenkilöstön on pyrittävä edistämään potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon laatua varmistamalla on ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen toimintaan edellytettävät valmiudet. (Veräjänkorva 2008, 11) Lääkärillä on vastuu lääkehoidon määrääjänä, mutta lääkehoidon ja lääkemääräykset toteuttaa hoitotyöntekijä, jolla on laillinen ja eettinen vastuu. Lääkelaitos määrittelee eriasteisten hoitotyöntekijöiden lääkehoidon vastualueet. Sairaanhoitotoimen harjoittajilla on koulutuksen ja kokemuksen perusteella lupa jakaa lääkkeitä potilaskohtaisiin annoksiin. Johtava lääkäri voi erityistapauksissa määrittää ammattiryhmittäin tai henkilöryhmittäin oikeudet lääkemuotojen antamiseen. Potilaan sairaskertomukseen tulee aina merkitä lääkehoitoon liittyvät lääkärin määräykset. Lääkehoidon lainsäädäntö ei ole selkeä, koska siinä ei ole määritelty kaikkien ammattiryhmien oikeuksia erikseen. Ammattihenkilön virheellisestä toiminnasta kuritoimenpiteet määrittää oikeusturvakeskuksen lait ja asetukset (1992/1074). (Pietikäinen 2004, 5-6; finlex.fi 2009.)

Oikeusturvakeskuksen lakeja ja asetuksia valvoo Valvira. Ennen lakeja ja asetuksia valvoi Terveystieteiden oikeusturvakeskus (TEO). TEO ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV) yhdistyivät ja uudeksi nimeksi tuli Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Yhdistyminen tapahtui 1.1.2009. Valvira valvoo terveydenhuollon

organisaatioiden ja ammattihenkilöiden toimintaa ja käsittelee terveydenhuollon kanteluita. (valvira.fi 2010.)

Potilasturvallisuutta pystytään siis tehostamaan, kun kiinnitetään huomioita turvalliseen lääkehoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän oppaan mukaan tulisi jokaisessa yksikössä olla lääkehoidonsuunnitelma, jossa on määritelty työyhteisön yhteiset lääkehoidon pelisäännöt. (Ritmala-Castrèn 2006.) Lääkehoidon suunnitelmaan kuuluu tiedonkulku, jonka toimivuus on hyvin tärkeää potilasturvallisuutta ajatellen. Potilas koskeva tuoreimman tiedon välittyminen erikoissairaanhoidosta tai terveyskeskuksesta varsinaiseen hoitoyksikköön on tärkeää, jotta oikeat lääkkeet annetaan oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja oikealle potilaalle. (Grandell-Niemen 2005.) Kehittämiskohteenamme on edistää tiedonkulkua hoitoyksiköitten välillä, jotta lääkehoito olisi turvallisempaa ja samalla hoito olisi potilasturvallista ja laadukasta.

### 3.2 Lääkehoidon suunnitelma

Lääkehoidon suunnitelman tarkoituksena on yhtenäistää yksikön sisäisiä toimintatapoja ja samalla selkiyttää vastuunjako hoitoyksikössä. Lääkehoitosuunnitelman tarkoituksena on määrittää vähimmäisvaatimukset lääkehoidon toteuttamiselle ja tukea potilasturvallisuutta. Lääkehoitosuunnitelmassa tulee määrittää lääkehoitoon osallistujien osaamisen varmistaminen ja lupien voimassaolosta huolehtiminen, sillä lääkehoitoa tulee suorittaa ensisijaisesti koulutuksen saanut terveydenhoidon ammattilainen. Työyksiköiden avuksi sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt oppaan, joka velvoittaa lääkehoitosuunnitelman laatimiseen. (Ritmala-Castrèn 2006.) Työntekijöiden osaamisen valvominen ei aina onnistu, sillä Kuopiolaisessa sairaalassa vuonna 2008 joka neljänneltä hoitajalta puuttui hyväksytty arvio kirjallisesta lääkehoidon kokeesta ja kolmasosalta puuttui käytännön näyttökokeen anto (Mikkola 2008, 57-59).

Lääkehoidonsuunnitelman osa-alueet ovat lääkehoidon sisältö ja toimintatavat, lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen, henkilöstön vastuu, velvollisuus ja työnjako, lupakäytännöt, lääkehuolto, lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden informointi ja neuvonta, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja tiedonkulku sekä seuranta- ja palautejärjestelmä. (liite 1.) (Moilanen 2006; Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 75.) Potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen on tärkeää, että potilaan lääkehoitosuunnitelma on oikein, jotta sitä pystytään hyödyntämään seuraavassa hoitoyksikössä. Tärkeää on myös se, että potilaan vastaanottava hoitoyksikkö voi luottaa tietojen olevan oikein.

Lääkehoidon suunnitelmassa tarkastellaan lääkkeiden tarkoituksenmukaisuutta ja arvioidaan niiden vaikutusta. Lääkkeeltä odotetaan positiivisia vaikutuksia, mutta lääkkeillä on myös

sivu- ja haittavaikutuksia, joita tulisi myös tarkastella potilaan lääkehoidon suunnitelmassa. Lääkkeen sopivuuden ja muiden lääkkeiden yhteissopivuuden varmistaa lääkäri, mutta lääkkeiden antajan tulee olla tietoinen mahdollisista haittavaikutuksista ja komplikaatioista. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 60.)

### 3.3 Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat

Lääkehoitosuunnitelmassa tulee määritellä lääkehoidon sisältö, toimintatavat ja lääkehoidon menetelmät. Lääkehoidon päävastuu on terveydenhuollon ammattilaisilla, joiden tulisi tietää mahdolliset riskitekijät ja samalla tunnistaa niitä jo etukäteen. Ongelmatilanteiden ratkominen on tärkeä taito terveydenhuollon henkilökunnalle. Virheiden sattuessa niistä otetaan opiksi ja minimoidaan riski virheen uudelleen tapahtumiseen. Hoitoyksikön vaativuustaso vaikuttaa lääkesuunnitelman laajuuteen. (Ritmala-Castrén 2006.)

Lääkehoidon sisältöön kuuluu yksikön vaativuuden määrittäminen, lääkehoidon toimintatapojen määrittelemine, riski- ja ongelma-kohtien havainnointi, lääkehoidon ydinalueiden tunnistaminen ja niiden kehittäminen sekä lääkehoidon prosessin ja vaiheiden kuvaaminen (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 45-46).

### 3.4 Työntekijän osaaminen

Lääkehoidon toteuttamiseen vaaditaan paljon taitoa ja tietämystä: tietoa lääkkeiden vaikutuksista, antoreiteistä, komplikaatioista, lääke- vahvuuksista ja määristä. Jos potilaalla on paljon lääkkeitä, lääkkeiden vaikutusta ja rinnakkaisvaikutusta tulee osata arvioida. Lääkelaskut on osattava moitteettomasti. Lisäksi on tiedettävä lääkkeiden säilytyksestä, tilaamisesta ja lääkkeiden toimittamisesta. Lääkkeen antajan tulee osata ase- tiikka hyvin. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 45-46; Veräjänkorva, Paltta & Erko 2008.)

Lääkehoito kotona asettaa tiettyjä huomioonotettavia tekijöitä lääkkeiden säilytykselle ja jakamiselle. Kotihoidossa vaaditaan myös hyvää reseptin lukutaitoa ja joustavaa yhteistyötä lääkärin ja apteekin välillä. Samalla dokumentointi ja tiedonkulku korostuvat, sillä muutokset lääkityksessä tulee tehdä näkyviksi niin seuraavalle jakajalle, asiakkaalle kuin asiakkaan omaisille, myös lääkehoidon ohjaus on tärkeää. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 91-94.)

Työntekijöiden osaamisesta vastaa esimies ja tai joku siihen asiaan nimitetty hoitaja eli perehdyttäjä, joka perehdyttää uutta työntekijää noin viikon tai pidempään. Uusilta työntekijöiltä tulisi testata heidän osaamisensa ja taitonsa. Näiden tietojen perusteella annetaan lisätietoa ja opetusta lääkehoidollisiin tehtäviin. Taitoja voidaan testata esimerkiksi

lääkkeenjaolla siten, että vasta-alkaja jakaa 2-5 kertaa lääkkeet valvojan läsnä ollessa, ja jos ne ovat oikein, vasta-alkaja voi alkaa jakaa lääkkeitä itsenäisesti. Perehdytysvaiheen loppuessa työnantajan tulee varmistaa, että perehtyjän tavoitteet ovat täyttyneet ja hän voi työskennellä omatoimisesti yksikössä. Taitoja pidetään yllä työnantajan järjestämällä täydennyskoulutuksilla tarpeen mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 46-48; Ruoranen ym. 2007, 9-13.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on vähennetty jo vuodesta 1995 laitospaikkoja ja samalla lisätty avohoitoa mm. kotihoitoa. Työnkuva on muuttunut haasteellisemmaksi kotihoidonsairaanhoitajilla, sillä asiakkaat ovat monisairaampia ja huonompikuntoisia kuin ennen. Osaamisen varmistamisen ja lisäkoulutuksen tarve on kasvanut myös tehtävänsiirtojen myötä. (Lahti 2006, 6-13.)

### 3.5 Täydennyskoulutus

Osaamisesta huolehditaan täydennyskoulutuksilla. Vakinainen henkilökunta on etusijalla koulutuspäivillä, jotka liittyvät työntekijän omaan vastuualueeseen. Useimmiten yksi hoitaja osallistuu koulutukseen ja koulutuksen jälkeen tämä hoitaja opettaa sen muille kollegoilleen. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 76-77.) Lääkehoitoa toteuttavan henkilön tulee pitää tietämyksensä ajan tasalla ja kehittää taitojaan jatkuvasti työn ohella, koska alan käytännöt muuttuvat jatkuvasti (Heikkinen 2007, 11-12). Koulutuksista tulisi pitää rekisteriä, jossa nähtäisiin henkilökunnan osaaminen ja osallistuminen koulutuksiin. Rekisterin avulla voidaan arvioida ammatillista kehittymistä ja rekisteriä voidaan käyttää esimiehen kanssa käydyn kehityskeskustelun apuna. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 46-48.)

Sairaanhoitajien täydennyskoulutus on välttämätöntä ammattitaidon kehittämiseksi. Sairaanhoitajilta edellytetään myös omatoimisuutta ja aktiivisuutta oman ammattitaidon ylläpitämisessä. Ammattihenkilöitä velvoittaa myös Työterveyshuoltolaki 2001/1383, joka velvoittaa seuraamaan oman alan kehittymistä ja muutoksia sekä kehittämään osaamista ammatin vaatimusten mukaan. Työnantajalla on myös velvollisuus järjestää täydennyskoulutusta henkilöstölle, jos tarve sen vaatii. (Veräjänkorva 2008, 13-16; Taam-Ukkonen & Saano 2009; finlex.fi 2009.)

### 3.6 Henkilöstön vastuu, velvollisuus ja työnjako

Yksikössä tulee määritellä, millaista lääkehoitoa yksikössä toteutetaan ja kenen vastuulla lääkehoidon toteutus on. Lääkehoidon suunnitelmassa lääkettä määräävän lääkärin, lääkettä antavan hoitajan ja lääkettä toimittavan henkilön tulisi toimia yhteistyössä, jotta lääkehoito olisi mahdollisimman turvallista ja yksinkertaista. Jokaisen ammattiosa-alueen tietämys ja

erikoistuminen yritetään ottaa mahdollisimman laaja-alaiseen käyttöön. Lääkkeen määrää lääkäri, ja lääkärit ovat vastuussa lääkehoidon kokonaisuudesta. Sairaanhoitaja tekee lääkemuutokset näkyviksi osaston muille työntekijöille ja toteuttaa samalla lääkityksen lääkärin määräysten mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 49-53.) Virheen sattuessa vastuussa on kuitenkin lääkettä antanut hoitaja (Jokela 2006).

Läkettä määrätessä lääkärin tulisi keskustella myös hoitohenkilökunnan kanssa lääkkeen tarpeellisuudesta ja lääkkeen vaikutuksien arvioinnista, neuvonnasta ja ohjauksesta. Jokainen vastaa omista teoistaan osastolla, mutta työnantajan tulee huolehtia siitä, että työntekijöillä on valmiuksia ja koulutusta suorittaa lääkehoitoa. Jokaisen hoitajan tulee näyttää osaamisensa työpaikalla, jotta hän voi toteuttaa lääkehoitoa, johon hänellä on peruskoulutus. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 49-53.)

Irlannissa lakia muutettiin siten, että sairaanhoitajat saavat lisäkoulutusta vastaan määrätä lääkkeitä tietyin ehdoin: kun lääke kuuluu toimintayksikön hoitoon ja toimintaan ja lääkettä määrätessä on käytettävä rekisteröintiyksikön antamaa yksilöintitunnusta. Muuten lääkkeiden määräämistä ei rajoitettu esimerkiksi vain tiettyihin antibiootteihin. (Vallimies-Patomäki & Kaartamo 2009.) Ruotsissa sairaanhoitajien tehtäviin kuuluvat joidenkin antibioottien, lääkerasvojen ja tippojen määrääminen, tämä on helpottanut lääkärin työtä (Jokela 2006).

Kotihoidon asiakkaila ei ole välttämättä omaa lääkärää, joka hoitaa potilaan lääkityksiä, jolloin lääkkeiden päällekkäiskäytön sattumat ovat yleisimpiä. Asiakkaat ovat iäkkäitä ja monisairaita, ja tutkimuksen mukaan asiakkaila on käytössä keskimäärin 8-9 lääkettä mukaan lukien tarvittaessa otettavat lääkkeet. (Jokinen, Vanakoski, Skippari, Iso-Aho & Simoila 2009.)

Työntekijän voi perehdyttää lääkehoidossa vaativampiin tehtäviin, kunhan siitä on erillinen todistus, josta käy ilmi, että kyseinen henkilö osaa ja hallitsee tehtävän. Ensihoito on hyvä esimerkki siitä, että peruslääkehoitoa voidaan toteuttaa erikoisluvilla. Opiskelijoilta vaaditaan harjoitteluun tultaessa, että teoretietä on suoritettu ja että heillä on tarpeeksi taitoja lääkehoidosta. Työnantaja määrittelee opiskelijan ollessa työsuhteessa hänen oikeutensa lääkehoidon toteuttamiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 49-53; Mattila & Isola 2002.)

### 3.7 Lupakäytännöt

Sairaanhoidon peruskoulutuksen suorittaneella on tietyt edellytykset toteuttaa lääkehoitoa. Lääkehoidon osaamista voi kartoittaa täydennyskoulutuksilla, joiden turvin työntekijä saa harjoittaa koulutusta vastaavaa lääkehoitoa. Lääkehoitosuunnitelmassa lisäkoulutusta saaneiden todistukset säilytetään osastolla, mutta on myös suotavaa, että luvan haltijalla on

kopio kyseisestä paperista. Lupien saaminen edellyttää näyttökokeen antamista, esimerkiksi iv-lupien eli suonensisäisesti toteutettavan lääkehoidon saamiseksi on näyttökoe. Luvat ovat aina yksikkökohtaiset, ja yksikköä vaihtaessa on työntekijän suoritettava luvat uudelleen. Näin varmistetaan työntekijän lääkehoidon osaaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 54-55; Mattila & Isola 2002.)

Läkehoidon osaamisen lopputestiä on kokeiltu Oulun ammattikorkeakoulussa ja Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Lopputesti on vielä vapaaehtoinen, mutta testi toimii iv-lupana osassa alueen terveyskeskuksia, mikä on nopeuttanut varsinaisten iv-lupien saamista. Lääkelaskuissa todettiin eniten virheitä yksikönmuunnoksissa, prosenttilaskuissa, painokilojen mukaan annosteltavissa lääkemääriä, antonopeuden laskemisessa ja infuusioliuosten valmistuksessa. Keskitetty koulutus vähentää päällekkäisiä koulutuksia ja yhtenäistää vastavalmistuneiden sairaanhoitajien osaamista. Jatkossa lopputestausta suunnitellaan pakolliseksi. Valtakunnallista sähköisessä muodossa olevaa lääkehoitopassia suunnitellaan Turun ammattikorkeakoulussa. Lääkehoitopassin avulla voidaan varmistaa yhtenäinen lääkehoito-osaaminen terveysalan ammattikorkeakouluissa. Tätä ovat suunnittelemassa eri ammattikorkeakoulujen lääkehoidonopettajat. Lääkehoidon opettamisen ongelmat ovat yhteisiä kaikissa ammattikorkeakouluissa. (Veräjänkorva, Paltta & Erkkö 2008.)

### 3.8 Lääkehuolto

Lääkehuoltoon kuuluu peruslääkevalikoima, lääkkeiden tilaus ja toimittaminen, lääkkeiden säilytys ja säilytystilat sekä olosuhteiden seuranta. Lääkehuoltoon kuuluu myös lääkkeiden valmistaminen ja käyttökuntoon saattaminen, lääkkeiden palauttaminen ja hävittäminen, lääkehoidollinen tiedonkulku sekä lääkehoidollinen ohjaus ja neuvonta. Turvallisessa ja kustannustehokkaassa lääkehuollossa erikoisaloiden toimihenkilöt tekevät yhteistyötä eri alojen kanssa, jotta saadaan yhtenäinen peruslääkevalikoima ja tietoa uusista lääkkeistä sekä niiden käyttöön riittävää ohjausta ja neuvontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 55-56.)

Hyvinkään sairaalassa olleessa farmaseuttikokeilussa farmaseutti huomasi jakelun yhteydessä useita lääkkeiden yhteisvaikutuksia. Farmaseutin ansiosta hoitajat pystyivät keskittymään hoitotyöhön. Kokeilu oli hyvin kustannustehokas, sillä henkilövahingot vähentyivät ja lääkkeiden palautus tehostui. Myös potilaiden lääkekortit tulivat asianmukaisesti tarkistettua, kun potilas tuli osastolle. Lääkehoidosta tuli potilasturvallisempaa. (Toppinen, Moilanen, Järviluoma & Tohmo 2009.)

### 3.9 Lääkkeiden jakaminen ja antaminen



Lääkkeitä tulee säilyttää lukituissa tiloissa ja tilojen tulisi olla riittävän suuret, jotta siellä olisi helppo toimia. Ulkonäöltään samanlaiset lääkkeet tulee pitää erillään erehtymisvaaran vuoksi ja oikea säilytys pitäisi myös huomioida. (Camiré, Moyen & Stelfox 2009.)

Henkilökunnan tulisi tarkastaa lääkkeet säännöllisesti ja palauttaa vanhentuneet tai käyttökelvottomat lääkkeet apteekkiin välittömästi. Lääkehuoneen avaimet säilytetään niin, että asiattomat eivät pääse lääkehuoneeseen. Erityishuomioita täytyy kiinnittää varsinkin huumausainelääkeaineiden kanssa. Kiireellisiä ensihoitolääkkeitä voidaan säilyttää toimistotiloissa, jotta ne ovat nopeasti saatavissa hätätapauksissa. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 57.)

Lääkkeet jaetaan lääkärin ohjeiden mukaan. Työympäristön tulee olla rauhallinen ja hiljainen paikka, jossa ei ole ylimääräisiä häiriötekijöitä. Lääkkeen jaossa tapahtuvia virheitä pyritään vähentämään kaksoistarkistuksella, joka parantaa potilasturvallisuutta. Lääkkeet tulee merkitä niin, että sekaantumisen vaaraa ei ole (lääkelasiin kirjoittaminen), ja valmiiksi jaetut lääkkeet tulisi säilyttää lukituissa kaapeissa. Verensiirrossa on huomioitava, että oikeaa verta menee oikealle potilaalle. Virheitä tapahtuu myös paljon verentilaamisessa. Veri- tai verivalmisteita tulisi antaa annettujen ohjeiden mukaisesti. Hoitohenkilökunnan tulee myös seurata annettujen lääkkeiden vaikutusta. Koneellinen annosjakelu on myös yksi vaihtoehto lääkkeiden jaon suorittamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 58.)

### 3.10 Potilaan informointi ja neuvonta

Potilaalle voi antaa ohjeistusta suullisesti, kirjallisesti ja näyttämällä opetusvideoita. Ohjeita potilaalle antaa lääkäri, terveydenhuollon ammattilainen ja farmaseuttinen henkilö. Potilaan tulisi saada mukaan oma lääkehoidon suunnitelma, jonka avulla voidaan arvioida lääkehoidon toteutumista. Kaikkein tärkeintä on, että potilaan kysymyksiin vastataan ja potilas ymmärtää saamansa ohjeet. Riittävän hyvällä ohjauksella ja perehdytyksellä taataan potilaan parempi hoitoon sitoutuminen. Potilaalle tulisi myös kertoa lääkkeen haittavaikutuksista ja väärinkäytön riskeistä. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 59.) Kotihoidossa asiakkaan neuvomisesta vastaa kotihoidon työntekijä.

### 3.11 Dokumentointi ja tiedonkulku

Jo vuoden 2007 loppuun mennessä jokaisen terveydenhuollon laitoksen olisi pitänyt siirtyä sähköiseen kirjaamiseen. Muutosta ei ole vielä kaikissa perusterveydenhuollon yksiköissä tapahtunut, sillä sitä pidetään suurena ja hoitohenkilökunta kokee osaamattomuutta tietoteknisissä asioissa. Sähköinen kirjaaminen tarkoittaa toimintamallin muuttamista. Se nostaa hoitoyksikössä muutosvastarintaa, joka asettaa haasteita muutoksen eteenpäin

viemiselle. Sähköinen kirjaaminen ahdistaa, koska siitä on tullut ”välttämätön pakko”, joka koetaan joissakin työpaikoissa stressi tekijäksi. (Lapveteläinen 2005, 4-7.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säätelee mitä potilaista kirjoitetaan ja miten asiakirjoja tulee säilyttää. Asiakirjoihin merkitseminen ja lääkärin tapa kertoa lääkemuutoksista vaihtelevat paljon eriyksiköiden ja osastojen välillä. Jokaisessa asiakirjassa on kuitenkin oltava kohta, josta määräykset löytyvät nopeasti ja selkeästi. Verensiirron vaikutukset tulisi kirjata asiakirjoihin hyvin tarkasti ja seikkaperäisesti. Potilaan lääkeshoidon suunnitelmassa on otettava huomioon lääkityksen jatkuvuus ja tiedonsiirron pitää olla sujuvaa jatkohoitopaikan välillä. Lääkelista tulisi aina tarkistaa ennen potilaan kotiutumista ja uusien lääkkeiden mahdollisista haittavaikutuksista tulisi kertoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 60-61; finlex.fi 2009.)

Kotihoidon aloittamisesta tulee tehdä palvelupyynnö, jonka vastaanottaa kotisairaanhoidaja. Palvelupyynnössä sovitaan ajankohta, milloin kotihoito voisi tehdä arviokäynnin potilaan kotona tai sairaalassa pidettävän hoitoneuvottelun. Hoitoneuvotteluun osallistuu yleensä hoitava lääkäri, omahoitaja sairaalasta, asiakas, omaisia, kotihoidontyöntekijä ja mahdollisesti sosiaalihoitaja tai fysioterapeutti. Hoitoneuvottelun tarkoituksena on jatkuvuuden varmistaminen siirtämällä hoitovastuu kotihoitoon. Tämä tapahtuu antamalla hoito-ohjeet kotiin ja varmistamalla asiakkaan kotona pärjääminen. Kotona tehtävässä arviokäynnissä kotihoidon työntekijän on helpompi hahmottaa potilaan kotona pärjääminen, koska hän näkee ympäristön asettamat vaatimukset. (Larmi, Toukola & Välkkiö 2005, 43-54.) Käytännössä erikoissairaanhoidossa on harvoin resursseja järjestää hoitoneuvotteluja ja hoitoneuvottelu käydään lähinnä puhelimitse raportin omaisesti (Hammar 2008, 26-27).

Kotihoidon ja terveyskeskuksien tai erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö on koettu erittäin hankalaksi. Kotihoitoon ei välity potilasta koskevat välttämättömät tiedot. Tämä lisää kotihoidossa ylimääräistä työtä. (Hammar 2008.) Ongelmat saattavat johtua siitä, että hoitajat erikoissairaanhoidossa tai terveyskeskuksissa eivät arvosta kirjaamista tarpeeksi. Osastolla saatetaan kokea, että suullinen raportointi on tärkeämpää, ja näin asiapapereihin kirjaaminen ei ole tarpeeksi laadukasta. Hyvin kirjaaminen vähentää päällekkäistä työtä, ja näin ollen se on myös kustannustehokasta. (Leino 2004, 2-8; Ronkä 2008, 4-9,)

Potilaan tullessa erikoissairaanhoidoon tärkeitä tietoja osastolle olisivat potilaan lääkitys, potilaan saamat palvelut, potilaan apuvälineet kotona sekä potilaan suhde omaisiin ja läheisiin. Osastolla toivottaisiin saavan tietoa myös potilaan muistitilanteesta, aistitoiminnoista ja potilaan osallistumisesta sairautensa hoitoon. (Grönroos & Perälä 2006.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin tekemän laajan tutkimuksen mukaan puolet kotioidon työntekijöistä oli sitä mieltä, että sairaalasta saatu tieto oli kotiuttamisessa riittämätöntä. Kunnissa, joissa kotisairaanhoito ja kotihoito ovat erillisiä yksiköitä, tiedonkulku kotisairaanhoitoon toimi paremmin kuin kunnissa, joissa on yhdistetty kotisairaanhoito ja kotihoito. Tiedonkulku- ja yhteistyökäytännöt kokivat epäselviksi ja puutteellisiksi lähes puolet vastanneista eikä yhteistyömahdollisuuksia hyödynnetty. Tieto asiakkaan kotiutumisesta tuli kotihoitoon yleensä päivää ennen kotiutumista, osalla kotiutumispäivänä ja noin kuudella prosentilla kotiutumisen jälkeen. Puolessa kotiuttamisista oli ilmennyt ongelmia. Yli puolet asiakkaista oli kotiutunut terveyskeskussairaalasta, viidennes aluesairaalasta ja loput yliopistollisesta sairaalasta tai keskussairaalasta. Riittävimmin tietoa oli saatu asiakkaan lääkityksestä ja kotioidon palvelun tarpeesta. Heikoimmin tietoa saatiin asiakkaan tarvitsemista kuntoutuksista ja sosiaalityistä kotona. Kotioidon työntekijä oli ollut tavallisesti yhteydessä osaston henkilökuntaan ennen asiakkaan kotiutumista. Suurimmaksi ongelmaksi kotiutumisessa kotihoito koki asiakkaan liian varhaisen kotiuttamisen, tiedottamisen ja yhteistyön puutteen henkilöstön välillä sekä kotiutuksen valmistelemattomuuden. (Perälä, Grönroos & Sarvi 2006.)

Suomalaisen terveydenhuollon tulisi ottaa mallia tiedonkulusta muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta lääkevirheiden välttämiseksi. Imailussa on kehitetty kommunikointiin suljetun ympyrän viestintäperiaate. Periaatteessa on kyse siitä, että viestin vastaanottaja kuittaa viestin ymmärretyksi, esimerkiksi toistamalla viestin sellaisenaan, jotta varmistutaan, että vastaanottaja kuuli viestin oikein. Terveystenhuollossa tätä tulisi soveltaa esimerkiksi suullisesti annetuissa lääkemääräyksissä, jolloin määräys toistetaan sanasta sanaan. Periaate olisi hyvä myös puhelimesta saatavassa raportissa. (Kinnunen & Helovuori 2009.)

### 3.11.1 Onnistunut kotiuttaminen

Onnistunut kotiuttaminen tapahtuu siten, että potilaan siirrosta tiedetään etukäteen hyvissä ajoin. Kotiuttaminen onnistuu silloin parhaiten erikoissairaanhoitoon ja kotioidon välillä, kun molemmilla osapuolilla on hyvät tiedot potilaan perussairauksista. Kotisairaanhoidossa toivotaan saatavan tietoa sairaalasta tapahtuneesta hoidosta ja potilaan fyysisestä ja psyykkisestä tilasta kotiinlätöhetkellä. Kotisairaanhoito tarvitsee tietoa myös tarvittavista hoidoista ja palveluista. (Grönroos ym. 2006.)

Riittävän hyvä raportointi on tärkeää kotioidolle, sillä kotioidossa hoidetaan nykyään vanhempia ja huonokuntoisempia asukkaita, jolloin käyntejä on useita päivässä. Potilaan kotiutuminen riittämättömillä tiedoilla aiheuttaa kotioidon työntekijälle lisätyötä. Työn ollessa kiireellistä seurauksena on, että palvelun laatu huononee ja vaaratapahtumat lisääntyvät. (Niemelä 2006; STM 2006.)

Yhteiset palaverit kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä on koettu hyödyllisiksi. Kotihoidon työntekijät pääsevät nopeasti hoitotilanteeseen, kun he tietävät, miten potilas voi ja mitkä ovat potilaan voimavarat. Erikoissairaanhoidon työntekijöille tulee varma tunne siitä, että potilaan hoidon jatkuvuus on turvattu. Lisääntyneen potilasmäärän vuoksi niin erikoissairaanhoidossa kuin terveyskeskuksissakin potilaita pyritään saamaan nopeasti eteenpäin, jolloin potilaan asioihin ei pystytä perehtymään laajemmin ja kotihoitoon ei saada riittävää tietoa potilaasta tai potilaan kotiutusaikataulusta. (Koponen 2003, 112-119.)

Salassapitovelvollisuudesta pidetään kiinni väärin perustein, jolloin tarvittavat tiedot eivät siirry seuraavaan hoitolaitokseen. Näin ollen potilastiedot ovat hyvin hajanaiset. Eri laitosten välillä saattaa olla eri sähköiset tietojärjestelmät, jolloin tietojen välittyminen hankaloituu, jos tietojärjestelmät eivät ”keskustele” keskenään. Tietojen lähettämisen ongelmana on myös määrittelemätön vastuu, vaikeus hallita tiedonkulkua ja tietojen lähettämisen osaamattomuus, jotka eivät tue organisaatioiden välistä yhteistyötä. Tietojen kulkemattomuus aiheuttaa hoitohenkilökunnalle stressiä, päällekkäistä työtä ja lisäkustannuksia. Tietotekniikan tarkoituksena on kuitenkin se, että olemassa olevien tietojen siirto ja saaminen olisi helppoa etäisyyksistä huolimatta. Ajantasainen tieto siitä, missä potilas liikkuu tai on käynyt, estää päällekkäisiä hoitomääräyksiä ja helpottaa hoitajan toimimista potilaan luona. (Lapveteläinen 2005, 4-9.)

Sairaalasta kotihoitoon siirtyneistä potilaista tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että kotiin lähdöstä sovittiin keskimäärin joko päivää ennen kotiutumista tai samana päivänä. Joissain tapauksissa saatettiin myös sopia, että potilas on vielä viikonlopun yli osastolla. Kotiutumisesta potilaalle kertoi lääkäri aamukierron yhteydessä, ja potilaat pystyivät itse vaikuttamaan kotiutusajankohtaan. Kaikki potilaat, jotka olivat keskustelleet kotiutumisesta kotiutushoitajan kanssa, olivat tyytyväisiä hänen toimintaansa. Kotiutushoitaja keskusteli potilaiden kanssa kotiavusta, minkälaista kotiapua he tarvitsisivat ja kuinka paljon. Potilailla ei ollut tarvetta keskustella kotiutumisesta yhdessä omaisten tai kotihoidon työntekijöiden kanssa. Omaisten antamaan apuun kotona oltiin tyytyväisiä. (Rantasalo 2007, 43-45.)

Kotihoidon työntekijä otti yhteyttä sairaalaan vain osasta potilaistaan. Muut eivät kaivanneet kotihoidon yhteistyötä sairaalassa ollessaan. Kotihoidon työntekijä kävi potilaan kotona kotiutuspäivänä tai seuraavana päivänä. Tämä lisäsi turvallisuuden tunnetta kotiutumiseen. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä kotiutukseen. Potilaat kokivat kotiutuksen onnistuneen, kun heidän kuntonsa oli riittävä, he halusivat kotiin ja kotiin oli järjestetty riittävästi apuja. Potilaat ymmärsivät, että paraneminen ja kuntouttaminen jatkuvat kotona. (Rantasalo 2007, 44-47.)

Joissakin sairaaloissa on otettu käyttöön alkusuunnitelma, joka on hyvin samantyyppinen kuin sairaanhoitajälähete. Alkusuunnitelma tehdään sairaalassa, jossa määritellään potilaan kunto ja avun tarve, ja jos potilas on vanha kotihoidon asiakas, alkusuunnitelmaan tulee kirjata hoidon aikana tapahtuneet muutokset ja muut tärkeät potilasta koskevat tiedot. Alkusuunnitelmaa tulee jatkaa kotihoidossa, joko päivittämällä sitä tai laatimalla kotihoidon palvelusuunnitelma. (Koponen 2003, 66-74.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tärkeimpiä tiedonkulunväyliä ovat lähetteet ja epikriisit. Myös konsultointi on kirjattu tiedonkulun tavoitteisiin. Lääkärin välistä tiedonkulkua on selvitetty kyselylomakkeilla Länsi-Uudellamaalla ja Lohjalla. Selvityksessä ilmeni, että lähetteiden ja epikriisien sisällöt ja saatavuus poikkesivat toisistaan selvästi. Väliaikana viestintä oli riittämätöntä. Parannustoimenpiteiksi ehdotetaan, että perusterveydenhuoltoon tulisi ilmoitus potilaan pääsystä erikoissairaanhoitoon. Lähetteistä tulee antaa suora palautetta ja niitä tukevia hoitoketjuja tulee perustaa ja tehdä tutummaksi. Konsultaatiotoimintoihin tulee antaa lisäresursseja ja lähetteiden teosta tulee olla selkeät ohjeistukset. Väliaikaviestintää helpottaisivat yhteiset tietojärjestelmät. Erikoissairaanhoidossa tulee epikriisien lähettämisessä kiinnittää huomiota sen sisältöön ja siihen että vastaanottaja saa paperit. Viestintää ja sen laatua tulisi säännöllisesti seurata. (Gripenberg-Gahmberg, Lindberg, Strandberg & Salonen 2004.) Samoja ongelmia on varmasti myös hoitajien välisessä tiedonkulussa. Suurimman osa tiedottamisesta hoitaa sairaanhoitaja.

### 3.11.2 Tiedonhallinta lääkehoidossa

Turvallisesti toteutettu lääkehoito on tärkein potilasturvallisuuden takaaja, ja lääkehoito on oleellisin osa potilaan hoitoa. Potilaan yksilölliset tarpeet ovat lääkkeen aloittamisen lähtökohta. Potilaan lääkehoidon tarpeen arvioinnin tekee useimmiten aina lääkäri. Lääkärin tulee ottaa huomioon arvioidessa potilaan lääkehoidon tarvetta määritellessään seuraavat seikat, kuten potilaan terveydentila, sairaudet, aikaisemmat lääkitykset ja allergiat. Näitä tietoja lääkäri kyselee potilaalta itseltään lisäksi lääkäri selailee potilaan vanhoja asiakirjoja ja saattaa hakea hoitosuosituksia kansainvälisistä tietokannoista. (Mikkola 2008, 11-13.)

Läkehoidon tiedonhankinta on välttämätöntä silloin, kun tarvitaan lisätietoa potilaan hoidosta, esimerkiksi potilaan peruselintoiminnot ja laboratorioarvot ovat lääkäriltä näkemättä tai tarkistamatta. Esimerkiksi lääkeaineiden pitoisuudet täytyy tarkistaa ennen tiettyjen lääkkeiden antoa. Tietoa tulisi hakea myös silloin, kun potilaalla on lääkkeitä paljon tai potilas käyttää lääkettä, joka on henkilökunnalle uusi. Injektio- ja infuusiolääkkeissä täytyy ottaa huomioon lääkkeiden nopea vaikutus. Jos terapeutista tasoa ei ole saavutettu, on lääkkeen antoreitin vaikutuksia seurattava, mikä edellyttää tietojen hankintaa ja sen asiallista kirjaamista. Lääkettä murskatessa, jauhaessa, jakamalla tai antamisessa liuoksena

ongelmana on lääkemäärän epätarkkuus ja joskus vahvuus: esimerkiksi tee- tai ruokalusikallinen on epätarkka määrä. Epätarkkuuksia saattaa myös syntyä iän ja painon mukaan arvioitavissa lääkkeissä. Käsien kirjoitetut reseptien saattavat olla epäselviä ja tulkinassa tapahtuvia virheitä voi sattua. Erityiseen huomioon on asetettava tietty potilasryhmät, kuten lapset, vanhukset, raskaana olevat tai imettävät potilaan, joiden lääkeannokset saattavat erota suuresti normaali annoksesta. Lääkehoidossa tarvitaan paljon tiedon hakua ja osaamista. (Mikkola 2008, 16-18.)

Lääkemääräyksien kirjaaminen moneen paikkaan lisää kirjoitusvirheiden ja kirjoituksen väärin tulkitsemisen riskiä, tämä lisää lääkepoikkeamanriskiä. Tietojen kirjaaminen systemaattisesti aina samaan paikkaan helpottaa ja nopeuttaa tiedon hakua ja sen jakamista. Epäselvästi kirjatut tiedot hidastavat ja hankaloittavat työtä. Kun tieto jäsennetään aiheittain esimerkiksi saman otsikon alle, tietojen hakeminen helpottuu ja nopeutuu. Ongelmaksi on osoittautunut myös lääkkeiden eri kauppanimet. Hoitajille ja potilaille saattaa tuottaa vaikeuksia saman vaikuttavan aineen erilaiset kauppanimet. Kehitysehdotukseksi ollaankin kaavailtu sitä, että tietokanta antaa vaihtoehtoja, jos juuri sen nimistä lääkettä ei löydy. Lääkevalikoimasta poistuneiden lääkkeiden kohdalla tietokoneohjelma antaisi siitä ilmoituksen. Tietojen huono kirjaaminen voi aiheuttaa niiden häviämisen, aikaisempien tietojen hyödyntäminen työyhteisössä on mahdotonta. Hyvä tietojen säilytys ja kirjaaminen vaatii tietotekniikalta paljon, sillä laki säättää sille omat edellytyksensä. Yksi potilaskirjaamisen kehityskohde tulee olemaan potilasasiakirjajärjestelmä, joka voi olla manuaalinen tai sähköinen. (Mikkola 2008, 18-25.)

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä, miten potilaan lääkehoito toteutuu kyseisellä osastolla, onko hoitojakson aikana tapahtunut muutoksia tai jotain erityistä sekä millaisia potilasta koskevia päätöksiä ollaan hoitojakson aikana tehty. Potilasasiakirjoihin pitää merkitä potilaan lääkeaineallergiat tai lääkevahingot. Potilas tietojen käyttöä on säädetty erilaisilla laeilla, jonka lähtökohtana on henkilötietolaki (532/99), sen tarkoituksena on taata potilaalle yksityisyydensuojaa ja turvata tiettyjä perusoikeuksia. (finlex.fi 2009.) Potilastietojen käsittelyä ohjaavat myös yleiset periaatteet ja kansainväliset säädökset kuten esimerkiksi Euroopan Unionin tietosuojadirektiivi (Mikkola 2008, 21-22).

Erikoistuminen terveydenhuoltoalalla johtanut siihen, että tietoa on tarjolla runsaasti. Uutta ja yksikölle tärkeää tietoa tulisi kerätä kyseisen organisaation verkostosivustoille, jotta tieto on helposti lyödettävissä. Käytetyistä lähteistä tulisi pyytää palautetta, jotta voidaan kehittää tiedonhakua ja saantia. Tärkeää on myös uusien tiedonlähteiden hankkiminen ja niiden liittäminen vanhoihin tietolähteisiin. Uuden tiedon hakeminen ja vanhan poistaminen vaatii kuitenkin yhdeltä toimijalta paljon aikaa ja vaivaa. Tiedon merkityksellisyyttä tulee kuitenkin aina kyseenalaistaa. Tietotekniikka mahdollistaa myös hyvän tiedon käsittelyn ja

tiedonhaun rajaamalla aiheeseen, samalla se tukee opiskelua. (Mikkola 2008, 16-17.) Tässä kehittämishankkeessa vanhaa tietoa kyseenalaistetaan ja haetaan uutta tietoa. Tämän pohjalta luodaan uusi toimintamalli tiedonkulun kehittämiseksi. Hanke tuo uuden tiedon työyhteisöön, eikä sen hakuun ei tarvitse käyttää aikaa.

### 3.11.3 Sähköinen kirjaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut kaikille Suomen sairaanhoitoyksiköille asetuksen, jonka tarkoituksena on yhtenäistää potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä. Tämän asetuksen myötä pysytään takaamaan parempi potilasturvallisuus, kun tietojen saanti eri hoitoyksiköiden välillä tehostuu. Sähköinen kirjaamisohjelma on myös hyvin kustannustehokasjärjestelmä. (Fenton 2007.) Hyötynä ovat myös sähköiset lääkemääräykset, jotka parantavat potilaan lääketurvallisuutta. Sähköinen kirjaamisen piti tulla voimaan vuonna 2007 syksyllä, mutta muutosvaihe on monella osastolla vielä hyvin kesken. Sähköisesti kirjatut potilaan tiedot voi lukea vain tietyt hyväksytyt henkilöt ja tietoa voi lähettää vain oikeutetuille henkilöille. Sähköisesti kirjatuista tiedoista on helpompi seurata potilaan tilaa kuin manuaalisista potilasasiakirjoista, koska tietojen tallessa pysyminen ja ”potilaskansion” koko ei ole sähköisessä kirjaamisessa rajattu. Sähköisestä potilastiedoista on myös helppo tehdä tilastoja ja kaavioita, joita on mielenkiintoista verrata kansainvälisiin tilastoihin. Tietojen kirjaamien tiettyjen otsakkeiden alle täytyy olla yhtenäistä kansainvälisesti, jotta laadukasta vertailua voisi tehdä. (Mikkola 2008, 4-6.)

Tietotekniikan etuna pidetään sitä, että kaikki erilaiset tiedot saadaan koottua nopeasti yhteen paikkaan. Tietoja pystytään käyttämään moniammatillisesti, mikä edistää yksilöllistä hoitotyötä. Tietokannasta on helppo kerätä tutkimustietoa, jonka tarkoituksena on auttaa muuta väestöä. Sähköinen tiedonkulku lisää potilasturvallisuutta ja samalla parantaa asiakaspalvelua, sillä tietojen nopea saanti auttaa hoitajaa selvittämään asioita, joista hän ei ole varma. Erikoisalojen asiantuntemus saadaan sähköisen viestintämahdollisuuksien avulla laaja-alaisempaan käyttöön, sillä maantieteellinen sijainti ei vaikuta tiedonkulkuun. Nykyajan tekniikan avulla tietojen kopioiminen ja käyttö samanaikaisesti eri hoitolaitoksissa on mahdollista, tietenkin potilaan suostumuksella. Nopea tiedonkulku auttaa hoitajia ymmärtämään potilaan hoidon ja tilanteen kokonaisvaltaisesti, kun kaikki tieto, mitä potilaasta on, saadaan selville. Nopeasti kulkeutuva tieto säästää rahaa ja aikaa, sillä turhat varmistuskäynnit vähenevät, kun tarvittava tieto löytyy koneelta. (Lapveteläinen 2005, 4-9.)

Lapveteläisen tekemässä tutkimuksessa kävi ilmi, että kotihoidossa matkapuhelin koettiin kaikkein hyödyllisimmäksi apuvälineeksi ja lähes puolella oli vastaajapalvelu puhelimessaan. Tutkimuksessa tuli esille se, että eri kotihoitojen välillä on suuria eroja tietoteknisten välineiden runsaudessa ja suuria eroja on myös niiden käytössä. Tietoteknisten laitteiden

käytössä oli kaikissa kunnissa ja kaupungeissa yhteistä se, että hallintotehtävissä olevat toimihenkilöt käyttävät tietoteknisiä välineitä enemmän kuin esimerkiksi kodinhoitaja tai perushoitajat. Samalla eniten hyötyä tietotekniikasta kokivat saavansa johtotehtävissä olevat henkilöt, kun taas kotihoidon työntekijät kokivat kaikkein vähiten tietotekniikan olleen hyödyksi heidän työssään. (Lapveteläinen 2005, 20-41.)

Koulutustasolla oli myös syy-yhteys tietotekniikan osaamisen kanssa, sillä kansakoulun käyneet hoitajat tai apulaiset kokivat tietotekniikan osaamisensa huonommaksi kuin ammattikorkeakoulukoulutuksen saaneet. Tutkimus selvitti myös sen, kuinka usein kotihoidonhenkilökunta käyttää tietokonetta viikon aikana, ja vastaus oli, että yli puolet eivät olleet käyttäneet tietokonetta viikkoon. Tietokonetta käytettiin lähinnä laboratoriovastauksien tai epikriisien katseluun ja tuotetilauksien yhteydessä. Ne hoitajat, joilla oli lyhyt työkokemus (1-5- vuotta), omasivat parhaimmat valmiudet käyttää tietokonetta, kun taas pitkään työelämässä olleilla (yli 15- vuotta), oli kaikkein huonoimmat valmiudet tietokoneen käyttöön. Tutkimuksen mukaan henkilökunta ei ollut hyödyntänyt työnantajan tarjoamia koulutuksia tarpeeksi eikä ollut opiskellut asiaa omatoimisesti vapaa-ajallaan. Henkilöstö koki, että yhteistyö sairaalan kanssa ei ole riittävää ja että tietoa ei saada riittävästä potilaasta kuitenkin jopa 80% kokee että tietoa saa kyllä tarvittaessa. (Lapveteläinen 2005, 20-41.)

### 3.12 Seuranta- ja palautejärjestelmä

Lääkehoitoa ja sen toteutumista seurataan lääkehoidon suunnitelman avulla. Sen tarkoituksena on auttaa kehittämään toimintaa osastolla. Seuranta tehdään lääkepoikkeamista ja niihin liittyvistä toimenpiteistä. Seurannan avulla voidaan ottaa opiksi asioista ja välttää näin saman virheen tekeminen uudelleen. Tärkeintä palautteiden keräämisessä on niiden hyödyntämisen mahdollisuus. Poikkeaman aiheuttaessa toimenpiteitä tai seuraamuksia potilaalle, siitä pitäisi kertoa hänelle. Poikkeama tulee ilmoittaa raportointijärjestelmään, poikkeamia tulee seurata ja käsitellä asianmukaisesti. Palautteesta täytyy kerätä kaikki mahdollinen hyöty ja oppi. Palautteen perusteella toimintatapoja tulee mahdollisesti muuttaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005, 61-62.)

Turvallisen lääkehoidon oppaan rinnalle on kirjoitettu potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto, jossa on määriteltynä tärkeimmät käsitteet, kuten lääkepoikkeama ja sen alle kuuluvat alakäsitteet. Käsitteissä lääkkeiden käytössä tapahtuvat poikkeamat on joko, alikäyttöä, liikakäyttöä, väärän lääkkeen käyttöä, väärä antoreitti tai väärä antotapa. Näillä on omat alakäsitteet kuten liikakäytön alla on turha käyttö, ylikäyttö ja haitallinen yleiskäyttö. (Outinen, Snellman, Ruuhilehto & Mustajoki 2006.)



Suikkasen (2008, 22-25) mukaan keskussairaalan lääkepoikkeamat sairaalanhenkilökunnan mukaan tapahtuvat potilaalle annostelussa, kirjaamisessa, valmistus/annosjakelussa, lääkkeiden määräämisessä ja säilytyksessä. Kun hoitohenkilökunnalta kysyttiin poikkeamien vakavuutta, vähän yli puolet olivat sitä mieltä, että 62 % poikkeamista ei ollut vakavia, 34 % poikkeamista olivat vakavia ja 4 % poikkeamista olivat hengenvaarallisia. Useimiten lääkärit kokivat lääkepoikkeamien olevan vaarallisempia kuin hoitohenkilökunta. Lääkepoikkeamien sattua tai läheltä piti tilanteiden sattua niistä ei mainita potilaalle paitsi, jos lääkepoikkeama on vaarallinen. (Keistinen, Kinnunen, & Holm 2008.)

Eniten lääkityspoikkeamia tapahtuu potilaalle annostelussa, jossa vahingot sattuvat potilaan henkilöllisyyden tunnistamisessa eli potilas sai väärää lääkettä ja oikeat lääkkeet saattoivat jäädä saamatta. Lääkemääräyksiä annetaan osittain suullisesti, jolloin lääkemääräys on saatettu kuulla väärin. Kirjaaminen olikin virhelistalla numero kaksi. Yleisimmät virheet kirjaamisessa tapahtuivat kirjaamisen puutteellisuudesta. Potilaalle saattoi mennä sama lääke suonensisäisesti ja suun kautta, jolloin lääkkeen määrä tuplaantui. Potilaan siirtyessä toiselle osastolle kirjaamisessa tapahtuneen virheen mahdollisuus kasvaa. Puutteelliset merkinnät potilaspapereissa kasvattavat aina lääkepoikkeaman riskiä esimerkiksi, lääkityksen tauoissa. Virheitä tapahtui myös lääkkeiden määräämisessä ja säilytyksessä. Potilaalle esimerkiksi määrättiin vahingossa sama lääke kahteen kertaan, toinen suun kautta ja toinen suonensisäisesti. Poikkeamia oli myös lääkkeiden annoksen, annosvälin ja liuottamisen määräämisessä. Säilytyspoikkeamia tapahtui päivämäärän umpeutumisen ja kylmäsäilytyksen kanssa. Poikkeamat tapahtuivat osastolla ja tavarankuljetuksen yhteydessä. (Suikkanen 2008, 27-44.)

Haittatapahtuman sattua potilaalle tulee kertoa virheestä avoimesti ja samalla pyytää anteeksi. Potilaan kanssa tulee käydä läpi virhetapahtuma perin pohjin selittämällä potilaalle, mistä on kyse ja mitä toimenpiteitä se aiheuttaa. Yhtenäinen menettelytapa parantaa potilasturvallisuutta ja jälkihoidossa hoitohenkilökunnan on helpompi toimia avoimesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Lääkepoikkeamien syyksi hoitohenkilökunta nimesi työn hallinnan puutteen, jolla he tarkoittivat oman osaamisensa vähäisyyttä ja vieraassa työympäristössä työskentelyä. Työn organisointi mainittiin myös ongelmalliseksi: työssä oli paljon ulkoa muistettavaa ja työntekijät kokivat olevansa ylikuormitettuja työssään. Työrauhan puute lääkkeenjaon yhteydessä ja opiskelijoiden valvonta olivat yhteydessä lääkityspoikkeamiin. Lääkkeisiin liittyvät tekijät olivat lääkepakkauksen samannäköisyys, lääkkeiden samankaltaiset nimet ja ulkonäkö sekä uusien lääkkeiden suuri määrä lääkevalikoimassa. (Suikkanen 2008, 45-51.)

Vastuunotto tulisi näkyä myös johtamisen tasolla. Johdon ei pidä delegoida vastuuta eteenpäin. Johdon tulisi varmistaa, että organisaatiossa on tarpeeksi henkilökuntaa ja työntekijät ovat koulutettuja. Työtilat tulisi olla suunniteltu niin, että virheiden tekeminen on vaikeaa. Tällöin johto varmistaa potilasturvallisuuden omalta osaltaan. Johdon tulisi tehdä kaikki päätökset potilasturvallisuutta ajatellen, mukaan lukien kaikki taloudellisetkin seikat. (Kinnunen, Ruuhilehto & Keistinen 2009.) Johdon tehtävä on myös analysoida ja arvioida organisaatiossa tapahtuneita haittatapahtumia ja samalla miettiä riskien ehkäisyä. Johdon tulisi tukea työntekijöitä, jotka ovat osallisena vaaratapahtumien syntyyn, ilman syylistämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Keskussairaalan osastolla työntekijät ehdottivat tilanteen parantamiseksi täydennyskoulutusta, koska oman ammattitaidon ylläpitämistä pidettiin tärkeänä. Tehtyjä virheitä perusteltiin paljon kiireellä ja tähän ongelmaan parannukseksi tarjottiin työvoimaresurssien lisäämistä ja työrauhaa lääkkeidenjakopisteessä. Osastolle toivottiin parempaa perehdytystä ja opiskelijaohjausta. Työpaikan ilmapiiri ja yhteistyö nostettiin esille. Monet halusivat kuulla itse kollegalta tekemästään virheestä, koska sen käsitteleminen kahvihuoneessa auttaa kaikkia oppimaan virheistään. Hoitohenkilökunta halusi työvuorosuunniteluun parannuksia: esimerkiksi ettei yöllä jaettaisi lääkkeitä ja että lääkkeen jakajalla olisi pienempi työtaakka päivän aikana. Potilastietojärjestelmiin toivottiin kohtaa, jonne voisi kirjoittaa lääkepoikkeamista, koska monet kokivat tärkeänä sen, että potilassiirron yhteydessä kerrotaan toiseen hoitolaitokseen lääkepoikkeamista ja siitä aiheutuneista haitoista. Ongelmatilanteissa uusi hoitoyksikkö voisi kääntyä vanhan hoitoyksikön puoleen. (Suikkanen 2008, 52-54.)

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin lääkehoidon turvallisuussanastossa olevat käsitteet eivät kaikki tulleet vastaan Anne Suikkaisen tekemässä pro gradu -tutkielmassa, koska tutkielmassa oltiin perehdytty osastolla tapahtuviin poikkeamiin ja osaston ongelmiin. Tämä opinnäytetyö perustuu kotisairaanhoidon tarpeisiin ja ongelmiin. (Suikkanen 2008.)

## 4 Kehittämistoiminnan menetelmät

### 4.1 Teemahaastattelu

Tiedon kerääminen haastattelun avulla haastateltavaa kertomaan oman mielipiteensä ja omia tuntemuksiaan asioista. Ilmeet ja eleet kertovat haastattelijalle paljon ihmisen suhtautumisesta ja mielipiteistä. Vastajan ollessa läsnä haastateltavan on helppo tehdä jatkokysymyksiä ja samalla kysyä perusteluita mielipiteilleen. Haastattelu on silloinkin järkevä tapa hakea tietoa, jos kysymyksiä on vähän. Haastattelussa olleet ihmiset on

helpompi tavoittaa jälkeenpäin kuin lomakekyselyn tehneet henkilöt, sillä haastattelussa otetaan vähemmän vastaajia kuin esimerkiksi kyselylomakehaastattelussa. Useasti haastattelun tekeminen vie enemmän aikaa haastattelijalta ja haastateltavalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 199-201.)

Haastattelussa ollaan avoimessa vuorovaikutuksessa, joka saattaa väärentää tietoa. Haastattelija voi tulkita haastateltavan sanomat asiat, eleet tai ilmeet väärin. Haastattelija voi antaa haastattelutilanteessa tietoa haastateltavalle, mikä ei ole myöskään suotuisaa, jos tutkimuksessa halutaan esille yksilön mielipide ja ajatukset. Haastattelutilanne saattaa olla haastateltavalle liian jännittävä, jolloin tämä ei uskalla kertoa mielipidettään, mikä ei tuo oikeaa tulosta tutkimuksessa. Kulttuurierot on hyvä huomioida haastattelua tehtäessä, jotta loukkauksilta ja pahan mielen tuottamiselta välttyttäisiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 203-209.)

Lomakekyselyn tarkoituksena on kuitenkin saada mahdollisimman laaja tutkimusaineisto. Kyselylomakkeita voi lähettää tuhansille ihmisille, ja niiden analysoiminen tietokoneiden avulla on helppoa ja nopeaa. Lomakekyselyn kompastuskiviä on kuitenkin lomakkeen toimivuus, mihin vaikuttaa muun muassa onko pitkiä vai lyhyitä kysymyksiä, onko avoimia kysymyksiä ja montako sivua kysymyksiä on. Lomakekyselyssä ei voi olla varma, onko vastaaja tietoinen kysyttävistä asioista. Lomakekyselyssä osa tutkimukseen valituista ei välttämättä vastaa kyselylomakkeeseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 188-190.)

Teemahaastattelu on siis kyselylomakkeen ja haastattelun välimuoto. Haastattelussa käydään tietyt teemat läpi. Ne ovat valmiiksi määritelty, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa eikä niiden järjestyksellä ole väliä. Teemakysymykset tulee olla avoimia ja puolueettomia, jotta niihin on helppo ottaa kantaa ja vastata rehellisesti. Haastateltavana olevat vastaavat kysymyksiin omin sanoin, jotka tulee kirjoittaa ylös tai äänittää nauhuriin. Tutkimusaineistosta pystyy tekemään graafisen tilaston, mutta vastauksia voi analysoida ja tulkita eri tavoin. (Hirsjärvi ym. 2007, 203-204.)

Teemahaastattelu toteutettiin työryhmässä kesäkuussa. Siihen osallistui suurin osa työyhteisöstä. Teemahaastattelun aiheena olivat tiedonkulun nykytilanne, työryhmän kokemukset tiedonkulusta sekä tiedonkulun toimivuus hoitajien ja yhteistyökumppaneiden välillä. Haastattelu nauhoitettiin, ja opiskelijat tekivät muistiinpanoja. Haastattelu kirjoitettiin auki sanasta-sanaan ja siitä koottiin tiedonkulun nykytilanteen kuvaus.

Teemahaastattelun sanatarkasti purkamista kirjalliseen muotoon kutsutaan litteroinniksi. Tallennettu laadullinen aineisto onkin yleensä syytä litteroida jatkoanalyysin helpottamiseksi. Litterointi on yleisempi tapa kuin päätelmien tekeminen suoraan nauhoitetusta aineistosta.

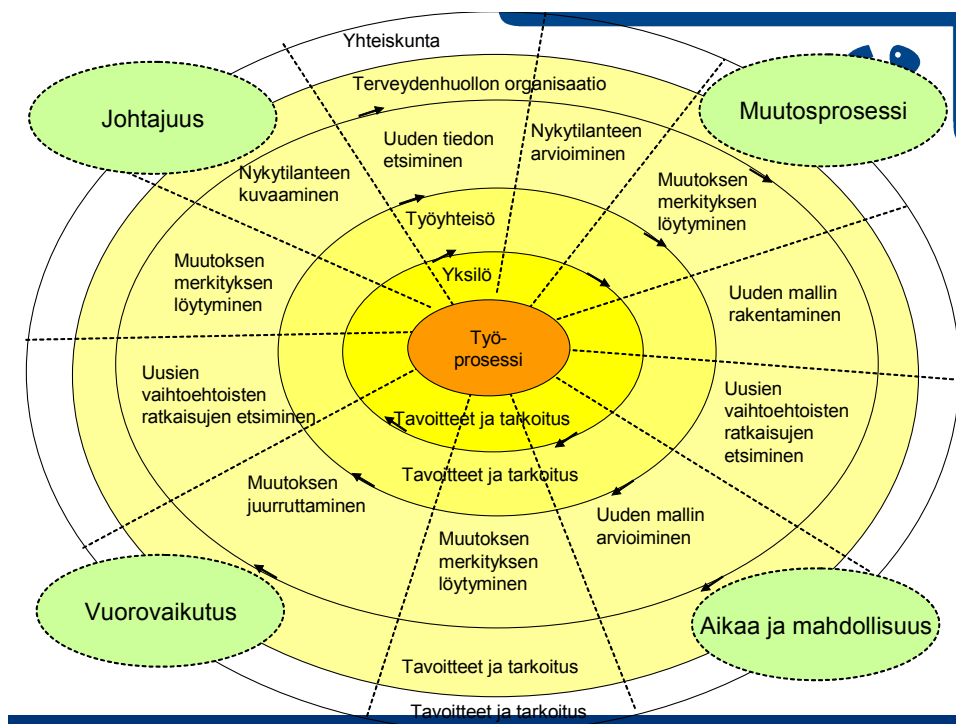
Ennen litterointia on syytä tietää, minkälaista analyysia aiotaan tehdä. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.)

#### 4.2 Juurruttaminen

Suomen yliopistot ja korkeakoulut ovat luoneet kansainvälisen innovaatiostrategian. Sen tarkoituksena on luoda yhteistyöverkostoja koulujen ja työyhteisöjen välillä. Tarkoituksena on kehittää alueellista kehitystä huomioiden sen rakenteen. Kehittäminen tapahtuu työelämän kehittämistarpeita hyödyntämällä ja tutkimustyötä hyväksi käyttämällä. Tämä mahdollistaa myös yksilöllisen ammatillisen kasvun. (Ahonen, Partamies & Ora-Hyytiäinen 2009.)

Juuruttamisen tärkein tavoite on oppimisesta muodostuva osaaminen ja aluekehitysvaikutuksen syntyminen. Juurruttamisen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa yhdistämällä uusin tutkittu teoreettinen tieto ja vanha käytännöllinen ja kokemuksellinen tieto. Juurruttaminen on aikaa vievä prosessi, ja se vaatii useamman henkilön osallistumista. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007; Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005.)

Tämän mahdollistaa hyvä yhteistyö ja vuorovaikutus toimijoiden kesken. Toimijoiden välillä tulee olla kumppanuussuhde, jonka saa aikaan pitkällä yhteistyöllä ja toistensa kunnioittamisella. Kumppanuussuhteen tarkoituksena on vahvistaa organisaatiota ja työntekijöitä. Kaikilla kumppanuussuhteessa olevilla tulisi olla samat tavoitteet, arvostaa hoitotyön kehittämistä ja sitoutua yhteiseen toimintaan, mutta yksilöiden tavoitteet voivat vaihdella. (Ahonen ym. 2005; Ahonen ym. 2009.)



Kuvio 1: Juurruttaminen 2.0

(Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2007)

Juuruttaminen kulki juurruttamisen 2.0 (kuvio 1) mukaisesti. Ensimmäisessä vaiheessa hiljaisesta tiedosta tehtiin näkyvää kuvaamalla lääkehoidon nykytilanne. Kehittämiskohde, tiedonkulku ja dokumentointi oli valittu edellisen lääkehoidon hankkeen (Läke2) tekemän lääkehoidon nykytilanteen mukaisesti. Nykytilannetta kuvattiin teemahaastattelulla valitusta kehittämiskohteesta. Tällöin kehittämiskohde selkiytyi. Toisessa vaiheessa etsittiin valitusta kehittämiskohteesta teoreettista ja tutkittua tietoa, jonka työryhmä sai alkusyksystä tiivistetysti diojen muodossa. Nykytilannetta arvioitiin yhdessä työryhmän kanssa syksyn aikana. (Ahonen ym. 2005.)

Muutoksen merkitys löytyi vertaamalla teoreettista, uutta tietoa vanhaan hiljaiseen tietoon. Kehittämisen ensimmäinen malli rakennettiin marraskuussa ja sitä käytiin läpi yhdessä muiden kotihoidon työryhmien kanssa opinnäytetyö pajassa. Saatujen kommenttien myötä mallia korjattiin ja se esiteltiin työryhmälle joulukuun alussa, jolloin työryhmä antoi väliarvioinnin ja aloitti mallin koekäytön. Mallin koekäyttö jäi vähäiseksi johtuen ajan puutteesta ja työyhteisön sen hetkisistä resursseista. Työyhteisössä muutoksen merkitys on löytynyt, mutta toimintamallin juurtumiseen kuluu pidempi aika. Toinen opiskelijaryhmä tulee jatkamaan myöhemmin juurruttamisen prosessia. He esittelevät mallia laajemmin eri yksiköille ja aloittavat laajemman koekäytön sekä mahdollistavat mallin juurtumisen. Tällöin muutoksen merkitys selkiytyy. (Ahonen ym. 2005.)

#### 4.3 Juurruttamisen ympäristö

Sairaanhoitajan ja hoitotyön opiskelijan yhteinen toiminta kytkeytyy molempien toimijoiden taustayhteisöihin eli sairaalan työyksikköön ja ammattikorkeakoulun opiskelijayhteisöön. Yhteiseen kehittämistoimintaan tuodaan tiedot, taidot ja käsitykset kehittämiskohteesta kummastakin yhteisöstä. (Ahonen, Karhu, Kinnunen, Ora-Hyytiä & Sokkeli 2006.) Projektiin osallistuvalla työyhteisöllä on oma työympäristö, jonka muovautumiseen vaikuttaa työyhteisön kulttuuri, arvot, päämäärät, tavoitteet, käsitykset ja tapa toimia, jotka ovat erilaiset jokaisella työntekijällä. Kehittämistoiminta tapahtuu fyysisesti työyksikössä. Kehittämistyön onnistumiseksi hoitohenkilökunnalla tulee olla käsitys päämäärästä ja myös osastonhoitajan on pyrittävä siihen. Hoitajien ajattelun muutoksen lisäksi tavoitteena tulisi olla jokin näkyvä muutos, mutta ilman ajattelun muutosta muutos ei tule olemaan pysyvä. Hoitajien ajattelu muuttuu, kun tuotetaan uusi toimintamalli työyhteisön tiedoista ja tutkitusta tiedosta. (Ahonen ym. 2006)

Opiskelijan rooli on tasavertainen hoitajien rinnalla, ja hänellä tulee olla vastuuta hoitotyön kehittämisestä. Hoitajan tulee olla työyhteisössä keskustelun, pohtimisen ja arvioinnin herättäjä ja muodostaa näin uutta osaamista. (Ahonen ym. 2005.) Opiskelijoiden sitoutuminen edistää vuorovaikutusta työyhteisön kanssa, kun työyhteisössä syntyy keskustelun seurauksena kiinnostusta. Opiskelijoiden saatua työ valmiiksi tieto ei ole vielä juurtunut työyhteisöön. Juurruttaminen jatkuu pidemmän aikaa, ja sen edistymisestä ovat vastuussa työryhmässä työskennellyt sairaanhoitaja ja osastonhoitaja. (Ahonen ym. 2006; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)

Työyhteisön osallistuminen syntyy yhdessä toimimisesta ja yhteisten työvälineiden käyttämisestä. Jos työyhteisölle ei ole annettu tähän tarpeeksi aikaa, voi ilmetä motivaation puutetta. (Ahonen ym. 2005.) Työyhteisön tulisi ensin määrittää oma suhteensa kehittämistoimintaan ja muodostaa sille merkitys, jotteivät pelkästään työyhteisön edustajan eli sairaanhoitajan omat päämäärät ja tavoitteet tule esiin. Työryhmän tulisi käynnistysvaiheessa käydä yhdessä läpi kehittämiskohdetta koskeva tieto, menetelmä ja tavoitteet. Tällöin kunkin jäsenen tehtävät asettuisivat omiin paikkoihinsa kehittämisprosessissa. Realistiseksi rajattu tavoite kehittämiselle edistää työryhmän työtä, sekä työryhmän sisällä että suhteessa työyhteisöön. Kehittämisen merkitykseen vaikuttaa myös sille annetut resurssit, se, miten työyksikön henkilökunta pystyy järjestämään yhteistä keskustelu- ja työstämisaikaa. Kehittämisen merkitystä muokataan koko prosessin ajan. Kehittämisen merkitys näkyy myös opiskelijan kohtelussa. Sairaanhoitajan ja hoitotyön opiskelijan yhteinen kehittämistoiminta antaa hoitotyölle mahdollisuuden kehittyä potilaan parhaaksi. (Ahonen ym. 2006; Partamies, Ahonen & Ora-Hyytiäinen 2008.)

Kehittämisestä sairaanhoitajalla on eniten hiljaista tietoa ja myös teoreettista ja tutkittua tietoa. Hiljainen tieto tarkoittaa tässä työyhteisössä hoitotyön toteuttamista käytännössä. Opiskelijan tieto painottuu teoreettiseen ja tutkittuun tietoon. Kehittämistä täytyy tarkastella, kuvata ja vertailla kummastakin näkökulmasta, jotta voitaisiin näiden pohjalta luoda jotain uutta, joka olisi teoreettista ja tutkittua, mutta myös tämän työyhteisön toimintaan sopivaa. (Ahonen ym. 2006.)

#### 4.4 BA

BA tarkoittaa innovatiivisen luomisen tilaa, jossa voidaan luoda, jakaa ja tehdä tunteet näkyväksi. Innovatiivista prosessia edistävät tavoitteellisuus, tiedon jakaminen, luova kaaos ja vuorovaikutus. Työyhteisössä yleensä pyritään välttämään kaaoksen syntymistä pysyttelemällä turvallisissa rutiineissa. Kaaoksen syntyminen edistää luovaa toimintaa, mutta yleensä turvaudutaan muutoksen vastustamiseen. Tiedon välittyminen työyhteisölle lisää motivoitumista muutosprosessiin. Tiedon tulee olla sekä suullista että kirjallista ja helposti ymmärrettävää. Kun jokainen tietää tavoitteet ja tarkoituksen, on helpompi sitoutua muutosprosessiin. Vuorovaikutuksen syntymiselle on annettava aikaa ja mahdollisuus. Muutos aiheuttaa tunteita, ja niiden esille tuonti on tärkeää. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14-17.)

#### 4.5 Muutosprosessi

Muutoksen syntymiseen vaikuttaa paljon johtajan rooli. Johtajan on osattava luoda työyhteisöön innovatiivinen ja myönteinen ilmapiiri ja toimittava muutoksessa mallina muille. Työyhteisössä on järjestettävä tilaisuuksia, jossa vuorovaikutusta pääsee syntymään ja tunteet saadaan esille. Muutokselle on annettava tarpeeksi resursseja, aikaa ja työtä. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14-17.)

Muutos on jatkuva prosessi työyhteisön toiminnassa eikä vain hanke. Muutos vaatii ennen kaikkea hyvää johtajuutta, mutta myös pitkäaikaista vuorovaikutusta työyhteisön sisällä. Työyhteisön on myös oltava kykenevä muutokseen. Muutoksessa työyhteisössä tapahtuu oppimista ja samalla luodaan käyttäytymistä ohjaavaa kulttuuria. Muutosprosessin on sisällettävä lepotiloja, sillä prosessi kuluttaa ja kuormittaa henkilöstöä. (Stenvall & Virtanen 2007, 43-44.)

Työpaikoilla ilmenee muutosta tehtäessä usein muutosvastarintaa. Vastarinnan syynä on usein se, että tietoa muutoksesta ei ole tarpeeksi. Esimerkiksi monet vanhemmat hoitajat kokevat, että heillä ei ole riittävästi kokemusta tietokoneista, jotta he voisivat alkaa käyttää erilaisia sähköisiä ohjelmia tai koneita. Vastarintaan vaikuttavat myös edelliset kokeilut ja niiden

onnistumiset. Ohjelmien hitaus ja ongelmat vaikuttavat hoitajien asenteisiin ohjelmia kohtaan. Ahdistusta lisää myös se, että ohjelmia ei koeta hyödyllisiksi. Niistä saattaa esimerkiksi puuttua osastolle tärkeitä toimintoja. ATK-laitteiden käytön esteenä ovat myös henkilökunnan kiinnostuksen puute ja uuden oppimisen pelko. ATK-laitteistoa ei pidetä hyödyllisenä, koska työntekijät eivät koe sen tukevan hoitamista tai helpottavan hoitotyötä. (Lapveteläinen 2005, 6-13; Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.)

## 5 Kehittämistoiminnan toteutus

Turvallinen lääkehoito -hanke 3 käynnistettiin helmikuussa 2009. Keväällä opiskelijat perehtyivät sosiaali- ja terveysministeriön lääkehoito-oppaaseen ja opinnäytetyön toteuttamisen menetelmiin. Työelämän jäseniin tutustuminen tapahtui kevään aikana, koulun työryhmälle järjestetyissä lähipäivissä, joita oli kaksi keväällä ja kolme syksyllä.

Kevään lähipäivässä haastateltiin työryhmän sairaanhoitajaa, lähihoitajaa ja alueen palvelualuepäällikköä lääkehoidon nykytilanteesta. Kesäkuussa oli koko työryhmän teemahaastattelu, jolloin työryhmälle kerrottiin laajemmin hankkeesta. Samalla työryhmän jäsenet tutustuivat toisiinsa, ja kesän aikataulusta sovittiin. Haastattelussa kävi ilmi, että suurin ongelma tiedonkulussa on sairaalan ja terveyskeskuksen ja kotihoidon välinen tiedonkulku. Työryhmässä koettiin, että ryhmän sisällä tiedonkulku sujuu. Kesän aikana haettiin tutkittua tietoa tiedonkulusta työryhmälle. Tutkittua tietoa tiedonkulusta käytiin läpi työryhmän kanssa syksyn ensimmäisessä tapaamisessa. Työyhteisöön vietiin tutkittua tietoa tiivistetysti ja helppolukuisena PowerPoint diasarjojen muodossa.

Toimintamallia työstettiin syksyn aikana hakemalla lisää tutkittua tietoa. Alustavan toimintamalli esiteltiin työryhmälle Marraskuun pajassa. Toimintamallia muokattiin pajassa erikotihoidon yksiköiden antamien kommenttien perusteella. Uusi Onnistuneen kotiuttamisen malli esiteltiin työyhteisölle joulukuussa ja mallia muokattiin vielä työyhteisön kommenttien perusteella. Työ yhteisö koki mallin hyväksi ja työyhteisö alkoi suunnitella mallin koekäyttöä.

### 5.1 Lääkehoidon nykytilanteen kuvaus

Lääkehoidon tiedonkulun nykytilanteen kuvaamiseksi hiljainen tieto nostettiin esiin teemahaastattelulla. Haastattelu toteutettiin alku kesästä, siihen osallistui melkein koko työryhmä. Edellisessä lääkehoidon kehittämisen hankkeessa (Läke2) on tehty opinnäytetyö työyksikön lääkehoidon nykytilanteen kuvauksesta kehittämiskohteiden osalta. Työtä ei ollut vielä julkistettu. Juurruttamisen menetelmässä on olennaista nostaa hiljainen tieto esiin kuvaamalla nykytilanne ja vertaamalla sitä uuteen tutkittuun tietoon.



Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jossa aiheina olivat tiedonkulun nykytilanne, toiminta-alueet ja kehittämiskohteet, työryhmän kokemukset tiedonkulusta, tiedonkulun toimivuus hoitajien välillä ja tiedonkulku yhteistyökumppaneiden kanssa. Aluksi työryhmää joutui auttamaan avaamalla aiheita ja tekemällä joitain tarkentavia kysymyksiä, mutta loppuajasta keskustelu avautui ja päästiin paremmin sisälle tiedonkulun nykytilanteeseen. Keskustelu nauhoitettiin ja kirjoitettiin puhtaaksi.

Työryhmässä alkaa uusi Pegasos-kirjaaminen 25.5.09, jolloin lääkekortit sekä verenpaine- ja verensokeriseuranta tulevat sähköisiksi. Ohjelma on sama perusterveydenhuollon yksiköissä. Kun potilas menee lääkäriin, lääkäri näkee ajantasaisen lääkekortin ja pystyy tekemään lääkemuuokset suoraan lääkekortille. Tästä on tulossa syksyllä uusi versio. Verenpaine- ja verensokeriarvoja ei enää tulisi kirjata potilaskertomukseen.

Asiakkaasta kirjataan tietoja joka käynniltä Pegasos- tietojärjestelmään, vaikka hänen tilassaan ei olisi tapahtunut muutoksia. Potilaan kotona pidetään myös viestivihkoa, johon kirjataan käynti ja mitä on tehty. Potilailla on kotona vihreäkansio, joka pitäisi olla sellaisessa paikassa, että myös ensihoidon henkilöstö löytää sen tarvittaessa. Vihreässä kansiossa on tiedot potilaan sairauksista ja lääkityksestä. Kotihoidon toimistolla on hoitajien välinen viestivihko, joka luetaan aamulla ennen kentälle lähtöä. Siihen kirjataan akuutit muutokset potilaan tilassa. Potilaan lääkelista on myös dosetin takaosassa, siihen tehdään merkinnät lyijykynällä, että muutokset on helppo tehdä. Tämä lista on luotettavin.

Käytännössä lääkemuuokset toteuttaa hoitaja, joka saa ensin tiedon, mutta vastuu on vastaavalla hoitajalla tai korvaavalla hoitajalla. Muutos pitää kirjata moneen paikkaan. Lääkehoito hoidetaan vain jatkuvan palvelun asiakkailla. Kirjaamisen yhtenäistä tulee kehittää. Kirjataanko potilaan riskitietoihin tärkeimmät tiedot ja huomiot lääkityksestä.

Tiedonkulussa ongelmallisimmaksi kotihoito koki tiedonkulun erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä, varsinkin kotiutustilanteissa. Kotihoidossa olevan asiakkaan kotiutuksessa ongelmallista on saada tietoa hoitoa koskevista muutoksista, jos asiakas kotiutuu soittoilmoituksella. Kotiuttavan yksikön tulisi ottaa huomioon, pystyykö asiakas itse hakemaan lääkkeitä apteekista vai annetaanko yksiköstä lääkkeitä mukaan kotiutuessa, koska lääkkeitä ei ole mahdollista saada kotihoidossa joka päivä. Kotiutuessa potilaalla tulee olla ajantasainen tieto lääkkehoidosta, reseptit, lääkkeitä kolmeksi päiväksi ja informaatio lopetetusta lääkkeitä. Uusista asiakkaista tulisi aina pitää kotiutuspalaveri.

Lääkehoidon toteuttaminen ei ole aina selkeästi rajattu vain kotihoidolle. Kotihoidon asiakkaat hoitavat lääkitystä myös itse. Lääkehoidon siirtyessä kotihoidolle asiakas on saattanut jo pitkään käyttää lääkitystä väärin, ja hänen voi olla vaikeaa luottaa kotihoidon

toteuttamaan lääkehoitoon. Jos kotihoidon asiakas on huumautunut, on harkittava, voiko lääkehoitoa toteuttaa normaalisti ja kenen vastuulla lääkehoito on.

Kotihoidossa järjestetään kerran viikossa yhteinen asiakaspalaveri, jossa käydään läpi asiakkaiden vointia ja muutoksia koskevat asiat. Palaveria ei aina kuitenkaan onnistuta järjestämään. Asiakaista tulostetaan joka aamu koneelta listat joihin on kirjattu asiakas, osoite ja mitä pitää tehdä kenenkin luona. Vastuuhoidajan pitäisi pitää lista ajan tasalla. Lupatietoihin Pegasoksessa asiakas valitsee kaksi henkilöä, joille saa antaa tietoja. Lääkemuutoksista keskustellaan omaisten kanssa, puhelimitse tai vihkön kautta, mutta kaikkien asiakkaiden omaiset eivät osallistu hoitoon.

## 5.2 Kehittämiskohteen rajaaminen

Kehittämiskohteeksi rajattiin tiedonkulku osastohoidon ja kotihoidon välillä, koska se oli selvästi aiheuttanut eniten ongelmia potilaiden lääkehoidon jatkuvuudessa. Kotihoito ei ole aina tiennyt, että potilas on kotiutunut. Myös omaiset ovat ilmoittaneet kotihoitoon, että potilas kotiutuu, jolloin kotihoito ei saa kattavaa tietoa asiakkaan osastohoidon aikaisesta voinnista ja mahdollisista lääkemuutoksista. Kotihoidon työntekijät eivät saa lukea asiakasta koskevia asiakirjoja, jos hän on siirtynyt osastohoitoon. Kotihoidon on myös vaikeaa tai mahdotonta hankkia yllättäen kotiutuvalle asiakkaalle lääkkeitä. Varsinkin, jos lääkitystä on muutettu, kotihoidosta toivotaan, että asiakkaalle annetaan osastolta lääkkeitä muutamaksi päiväksi.

## 5.3 Onnistuneet kotiuttamisen malli

Uusi toimintamalli on koottu kotihoidon kokemuksellisen tiedon ja uuden tutkitun tiedon pohjalta. Mallissa on kartoitettu asiakkaan tiedonkulun liikkumista kotihoidosta osastolle, osaston aikaista tiedonkulkua ja tiedonkulkua osastolta kotihoitoon. Kotihoidon uudet asiakkaat tulevat kuviossa mukaan suullisesta raportoinnista eteenpäin. Onnistuneen kotiuttamisen malli kuva sivulla 37.

Lomakkeessa hoitoon lähettäminen sisältää kotihoidon tai ensihoidon tekemän pienen yhteenvedon asiakkaan sen hetkisestä voinnista ja kotioloista. Tämän tekemistä helpottaa kotihoidossa siihen kehitelty lomake, mikä ei ole ollut tähän asti Keskustan kotihoidossa käytössä. Kaavake säilytettäisiin vihreänkansion välissä, ja se olisi valmiiksi täytetty niin pitkälle kuin on mahdollista. Ensihoito soittaa kotihoidon numeroon, jos he joutuvat viemään asiakkaan hoitoon. Virka-ajan ulkopuolella he voivat jättää puhepostiin viestin asiasta. (Vrt. Grönroos ym. 2006.)

Vihreäkansio on todettu olevan hyvä tiedonsiirron väline kotihoidon ja osastohoidon välillä. Tiedonsiirron mahdollistamiseksi kansion on kuljettava potilaan mukana, joten ansiolla tulee olla sama säilytyspaikka kaikilla asiakkailla ja näkyvä ulkoasu. Hyvä säilytyspaikka olisi esimerkiksi turvahälyttimen alla tai hattuhyllyllä. Kaikkien kodit ovat kuitenkin erilaisia, joten säilytyspaikka ei ole aina sama. Myös sairaankuljetuksen tulee tietää, että kansio pitää ottaa asiakkaan mukaan. Uutena asiana kotihoidon tulee tulostaa potilastietojärjestelmästä hoitotyön yhteenveto, joka tulisi olla tehty kaikista säännöllisistä asiakkaista. Hoitotyön yhteenveto sisältää tiedot asiakkaan normaalista kotikunnosta, aikaisemmista sairauksista, muistihäiriöistä, aistitoiminnoista, asiakkaan omasta hoitoaktiivisuudesta, kotihoidon käyntimääristä ja muista palveluista, omaisten hoitoon osallistumisesta ja asiakkaalla käytössä olevista apuvälineistä. Välissä tulee olla myös asiakkaan viimeisin EKG. Tämän avulla ensihoito ja osaston hoitajat saavat asiakkaan kotona pärjäämisestä tärkeää tietoa, joka on helposti löydettävissä. (Vrt. Mikkola 2008.)

Vihreässä kansiossa tulee olla voimassa oleva lääkelista. Siihen on hyvä aika ajoin merkata päivämäärä jolloin lääkelista on tarkistettu. Lääkelistan avulla hoitohenkilökunta osastolla tietää, mitä lääkkeitä asiakas on kotona käyttänyt ja, mitkä ovat uusia lääkärin määräämiä lääkkeitä. Listasta tulee selvitä, mihin aikaa asiakas on kotona syönyt lääkkeitä ja kuka tai ketkä huolehtivat asiakkaan lääkkeitä ja miten. Kansion välissä säilytetään asiakkaan reseptit. Kotihoidon työntekijöiden tulee käydä reseptit läpi ja poistaa kaikki vanhat ja käytetyt reseptit kansion välistä. Tämä helpottaa kotihoidossa uusittavien reseptien löytämistä ja lääkärin reseptien uusimista osastolla. Kotihoidon omahoitajan ja omaisten yhteystiedot tulee olla helposti löydettävissä ansiosta. Kansion välistä tulee poistaa kaikki muut ylimääräiset paperit, jotta osastolla olisi helpompi löytää ansiosta oleelliset asiat ja luottamus kansion ajantasaisuuteen syntyisi. (Vrt. Mikkola 2008.)

Yhteistyön luomiseksi kotihoidon on hyvä tiedustella puhelimitse osastolta potilaan vointia ja mahdollista kotiutumista. Näin kotihoito voi myös muistuttaa osastoa heidän olemassaolosta, lisätä yhteistyötä ja sopia kotiutukseen liittyvistä käytänteistä. (Vrt. Lapveteläinen 2005; Rantasalo 2007.)

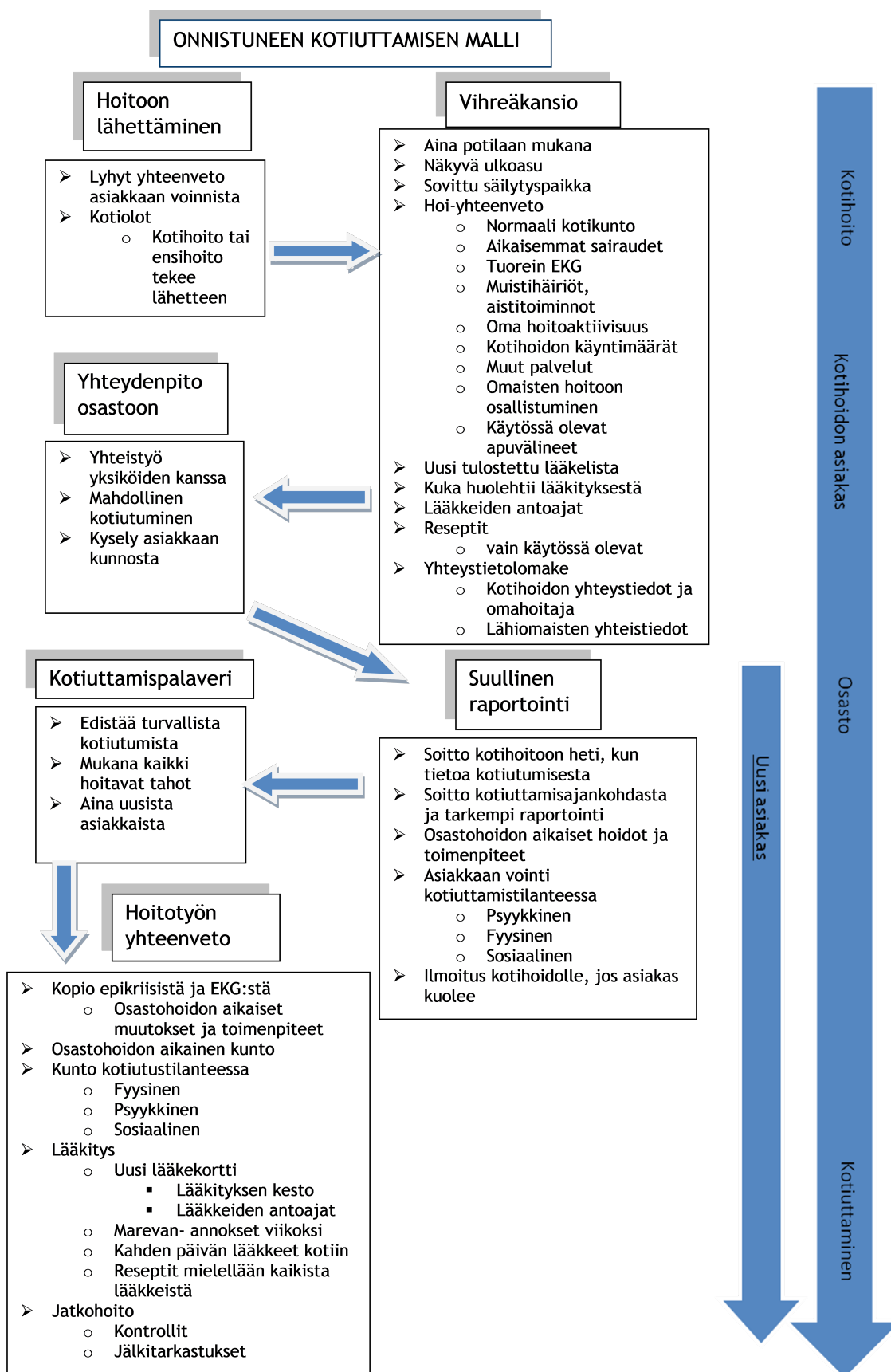
Osastolta tiedonkulku kotihoitoon alkaa puhelinsoitolla, joka on hyvä tehdä kotihoidolle heti, kun on tietoa sellaisen asiakkaan kotiutumisesta, joka on kotihoidon asiakas tai joka tulee ehkä tarvitsemaan kotihoitoa osastohoidon jälkeen. Osastolta voidaan myös soittaa kotihoitoon, jos osasto haluaa tietoa asiakkaan kotioloista tai voinnista kotona. Tarkempi raportointi asiakkaasta tapahtuu, kun kotiutuminen on varmistunut ja jatkohoidot on suunniteltu. Raportoinnissa tulisi selvittää asiakkaan osastohoidon aikainen vointi, hoito ja toimenpiteet, asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen vointi kotiuttamishetkellä sekä muutokset lääkehoidossa. Osaston tulee myös ilmoittaa kotihoitoon, jos kotihoidon asiakas

menehtyy, jotta kotihoito saa virallisen tiedon ja pystyy ottamaan omaisiin yhteyttä esimerkiksi avainten palautuksessa. (Vrt. Lapveteläinen 2005; Rantasalo 2007.)

Kotiuttamispalaveri edistää aina turvallista kotiutumista. Kotiuttamispalaveriin osallistuu kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat. Osallistujia voi olla esimerkiksi sosiaalityöntekijä, lääkäri, osastonhoitaja, kotihoidon omahoitaja, fysioterapeutti ja omaiset. Kotiuttamispalaveri tulisi järjestää aina uusista asiakkaista. (Vrt. Larmi ym. 2005, 43-54; Koponen 2003; Rantasalo 2007.)

Osastolla tehdään asiakkaasta hoitotyön yhteenveto kotihoidolle ja otetaan kopio asiakkaan epikriisistä ja EKG:stä josta selviävät osastohoidon aikaiset mahdolliset muutokset hoidossa ja hoitotoimet. Nämä voidaan osastolta laittaa suoraan Vihreänkansion väliin niille kuuluviin paikkoihin. Yhteenvedosta tulee selvittää asiakkaan osastohoidon aikainen vointi ja kunto sekä asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen vointi kotiutustilanteessa. Suullisen raportin saanut ei välttämättä ole sama hoitaja joka ottaa potilaan vastaan. Asiakkaalla tulee olla päivitetty lääkelista, josta selviää lääkitysten kesto ja antoajat. Marevan- annokset tulee määrätä vähintään viikoksi ja asiakkaalle tulee antaa sopimuksen mukaan vähintään kahden päivän lääkkeet mukaan. Lisäksi annetaan reseptit uusista lääkkeistä ja mielellään kaikki reseptit uusitaan, jotta kotihoidossa voidaan nopeammin noutaa asiakkaalle lääkkeitä. Yhteenvedosta tulee myös ilmetä asiakkaalle suunnitellut kontrollit ja jälkitarkastukset. Osasto ottaa selvää, että kotihoito varmasti saa nämä asiakirjat. Jos asiakas on esimerkiksi muistamaton, on turvallisempaa toimittaa hoitotyön yhteenveto sisäisessä postissa tai omaisten mukana. (Vrt. Gripenberg-Gahmberg ym. 2004; Niemelä 2006; Koponen 2003.)

Toimintamallin käyttöönotto on lähtenyt hitaasti käyntiin, vaikka toimintamalli kuvattiin yleisesti hyväksi toimintamallin väliarvioinnissa. Prosessien kuvaamisen on todettu edistävän työn sujuvuutta. Kuvattaessa prosessia on helppo arvioida ja arvioinnin perusteella voidaan kehittää työyhteisön toimintatapoja. Kun prosessikuvaus on tehty, se selkeyttää vastuunjakoa prosessissa ja helpottaa työyhteisöä uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. (Heinola 2007, 57-58.)



Kuvio 2: Onnistuneen kotiuttamisen malli

Uusi toimintamalli esiteltiin työryhmälle 8.12.2009. Tällöin työryhmä antoi toimintamallista väliarvioinnin. Työyhteisöllä ei ollut juurikaan parannettavaa malliin. Malli koettiin hyväksi, ja työryhmä toivoi, että mallia esiteltäisiin erikoissairaanhoidon ja terveystieteiden työntekijöille. Työyhteisö koki ongelmaksi, että heillä ei ole aina aikaa soittaa asiakkaista osastolle. He toivoivat, että kotiuttamispalavereita järjestettäisiin useammin ja malliin lisättäisiin omaisten osallistuminen palaveriin. Työyhteisö toivoi, että kotiuttamiset järjestettäisiin alkuviikosta ja kotiuttamisesta ilmoitettaisiin suoraan heille, koska välillä tieto tulee omaisten kautta tai sosiaalityöntekijältä, jolloin kotihoidolla ei ole mahdollisuutta saada asiakkaasta hyvää raporttia. Tiedonkulku osastojen ja kotihoidon välillä on koettu heikoimmaksi viikonloppuisin. Työryhmä toivoi myös, että malliin lisättäisiin, että kotihoidon on tärkeää tietää myös se, jos potilas kuolee. Tällöin tieto on varma ja kotihoito voi poistaa asiakkaan heidän tiedoistaan ja palauttaa esimerkiksi asiakkaan avaimet omaisille.

## 6 Kehittämistoiminnan loppuarviointi

Arvioinnissa arvioija tekee itselleen kriteerit, jonka pohjalta hän pystyy arvioimaan onko toiminta ollut hyvää, huonoa vai jotain siltä väliltä. Arviointikriteerit toimivat viitekehyksenä kun tehdään päätelmiä toiminnan onnistumisesta tai epäonnistumisesta. Arviointiprosessissa tulisi nostaa esiin eettinen näkökulma sekä arvioinnin tekijän ja kohteiden arvomaailmat. Arviointitiedon hyödynnettävyyttä voidaan pitää keskeisenä laatukriteerinä. (Virtanen 2007, 36-40.)

Kehittämistoiminnan loppuarviointi on työn tärkeä vaihe, siinä selviää miten ongelmat olisi pitänyt asettaa. Aineistoa voidaan jäsentää monin tavoin. Pääperiaatteena on valita analysointitapa, joka tuo esiin kehittämistoiminnan vastaukset ongelmiin. Arvioinnissa voidaan käyttää monia eri menetelmiä. Aineistossamme on käytetty kyselylomaketta, opiskelijoiden havaintoja ja saatua suullista palautetta toimintamallista. (Hirsjärvi ym. 2007, 186-205.)

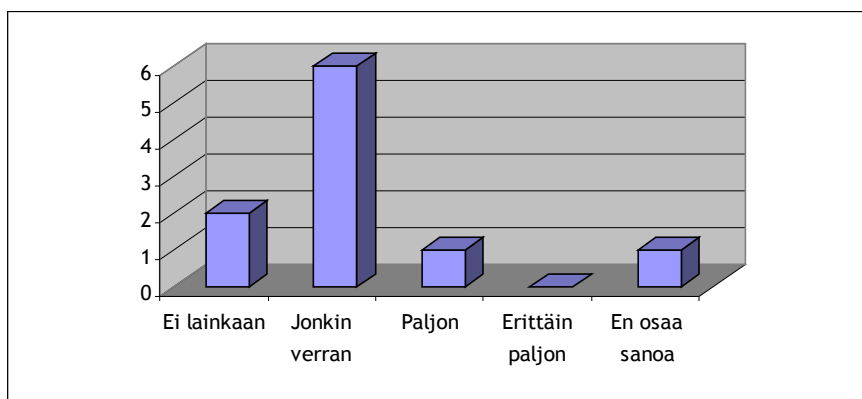
### 6.1 Kotihoidon henkilökunnan arvio onnistuneen kotiuttamisen mallista ja työryhmän työskentelystä

Arvioinnissa käytettiin Laurea- ammattikorkeakoulun Turvallinen lääkehoito -hankkeen yhteistä kyselylomaketta. Kyselylomake jaettiin kaikille Keskustan kotihoidon työntekijöille, joista arviointiin vastasi kymmenen hoitajaa, joka on noin 60 % työntekijöistä. Arviointilomake sisälsi yhdeksän kysymystä, joista kolme oli avointa kysymystä ja joista kuuteen annettiin valmiit vastausvaihtoehdot:

- 2 Jonkin verran
- 3 Paljon
- 4 Erittäin paljon
- 5 En osaa sanoa

Arvioinnin vastaukset käsiteltiin käsin, koska aineisto oli pieni. Tulosten lukemista helpottamaan on tehty pylväsdiagrammit kuudesta ensimmäisestä kysymyksestä, joihin oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Avoimiin kysymyksiin oli vastanut vain kolme työntekijää, joiden vastauksista on koottu yhteenveto.

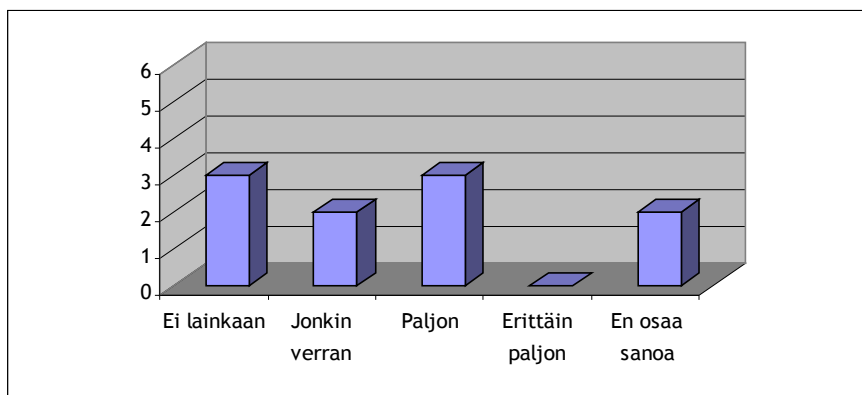
1. Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?



Kuvio 3: Työyhteisön mielipide työryhmän toiminnasta lääkehoidon edistämiseksi

Kuusi vastanneista oli sitä mieltä, että työryhmä on edistänyt lääkehoidon kehittämistä jonkin verran. Kahden vastanneen mielestä kehitystä ei ole tapahtunut, yhden mielestä kehitystä oli paljon ja yksi vastasi, ettei osaa sanoa.

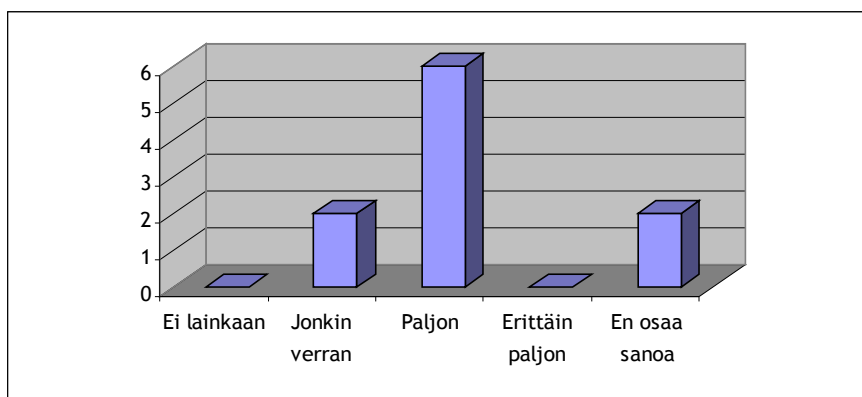
2. Kuinka paljon työyhteisö on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?



Kuvio 4: Työyhteisön mielipide osallistumisesta toimintamallin työstämiseen

Kolme vastanneista oli sitä mieltä, että työyhteisö ei ollut osallistunut lainkaan ja kolme oli sitä mieltä, että työyhteisö oli osallistunut paljon työstämiseen. Vastaajista kaksi oli sitä mieltä, että työyhteisö oli osallistunut jonkin verran, ja kaksi vastasi ettei osaa sanoa.

3. Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

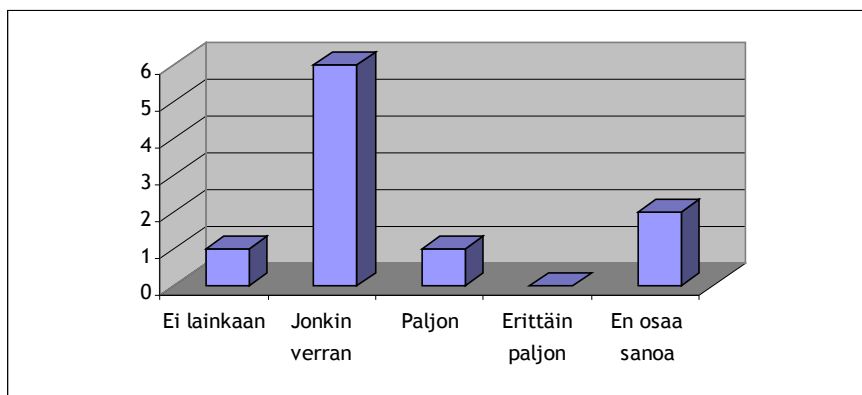


Kuvio 5: Toimintamallin hyödyntäminen työyhteisössä

Kuusi vastanneista oli sitä mieltä, että toimintamallia voidaan hyödyntää työyhteisössä paljon. Kaksi vastasi, että toimintamallia voidaan hyödyntää jonkin verran ja kaksi ettei osaa sanoa.



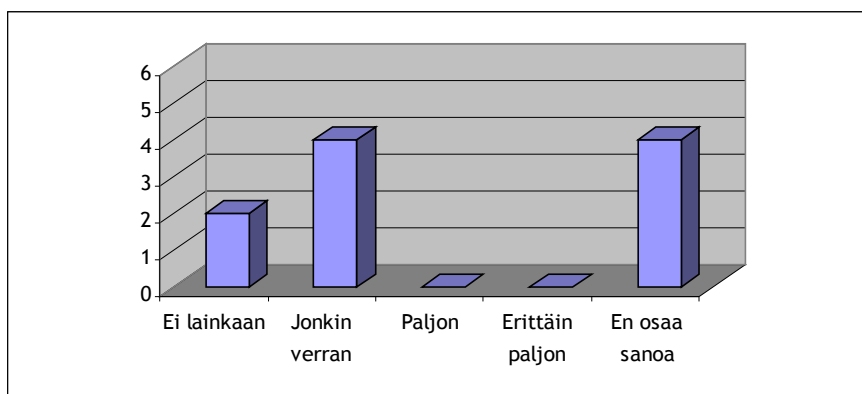
4. Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkettä kehittää?



Kuvio 6: Työryhmän tuomat ideat lääkkehoidon kehittämiseen

Kuusi vastanneista oli sitä mieltä, että työryhmä on tuottanut työyhteisöön jonkin verran uusia ajatuksia ja ideoita. Yksi vastaaja koki, että työryhmä ei ollut tuonut lainkaan uusia ideoita ja yhden mielestä ideoita tuli paljon. Kaksi vastasi että ei osaa sanoa.

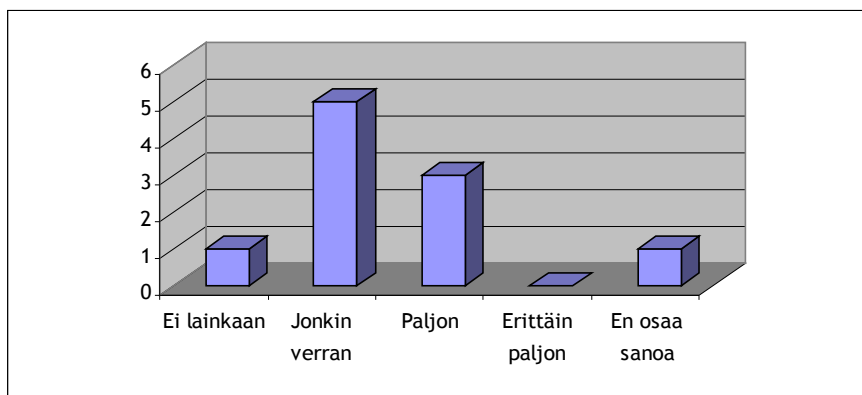
5. Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut lääkkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?



Kuvio 7: Lääkehoidon sujuvuuden ja tehokkuuden parantuminen

Neljä vastanneista oli sitä mieltä, että uusi toimintamalli on parantanut lääkkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta jonkin verran. Kahden vastanneen mielestä kehitystä ei ollut tapahtunut lainkaan ja neljä vastasi, että ei osaa sanoa.

6. Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöönottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?



Kuvio 8: Työyhteisön mielipide toimintamallin käyttöönotosta

Viisi vastaajista uskoi työryhmän työskentelyllä ja uudella toimintamallilla olevan jonkin verran vaikutusta työyhteisön toimintaan. Kolme vastanneista uskoi, että vaikutusta on paljon ja yksi, ettei vaikutusta työskentelyyn ole lainkaan. Yksi vastasi, että ei osaa sanoa.

## 6.2 Kehittämistoiminnan arvioinnin yhteenveto

Työyhteisön vastaukset erosivat toisistaan jonkin verran. Tämä saattaa johtua siitä, että toimintamallia ei päästy koekäyttämään ja kaikki eivät olleet kerinneet tutustua malliin. Tämän vuoksi myös vastauksia ”ei osaa sanoa” oli paljon. Vastauksista saa kuitenkin kuvan että mallista tulee olemaan hyötyä työyhteisölle ja se vaikuttaa työyhteisön toimintaan. Avoimia kysymyksiä kyselyssä oli kohdat seitsemästä yhdeksään. Näihin oli vastannut vain kolme työntekijää. Vastauksista ilmeni, että työyhteisössä ei oltu ehditty perehtyä toimintamalliin riittävästi. Vastauksissa toivottiin lisää keskustelua toimintamallista työyhteisön sisällä. Työyhteisö toivoi, että muutos lähtisi osastoilta ja että toimintamallia esiteltäisiin myös sinne.

Kotihoidon alkaessa kehittää osaston ja kotihoidon välistä yhteistyötä myös osastot lähtevät varmasti kehittämiseen mukaan. Tärkeää on osastojen välisen yhteistyön löytäminen ja kehittäminen. Kotihoidosta voitaisiin lähteä kehittämään yhteistyötä esittelemällä kotiuttamisen mallia osastojen työntekijöille. Mallia voisi kehittää eteenpäin muokkaamalla sitä osastojen henkilökunnan arvioinnin perusteella ja ottamalla mallin koekäyttöön. Osastojen välisen yhteistyön kehittäminen jää seuraaville opiskelijaryhmille. Tarkoituksena on, että seuraava opiskelijaryhmä esittelee mallia eri hoitoyksiköille Lohjan alueella. Hoitoyksiköiden arvioinnin jälkeen toimintamallia koekäytetään laajemmin.

Opiskelijat ovat olleet sitoutuneita kehittämiseen, varsinkin kun kehittämiskohde selkiytyi. Prosessi on edennyt lähes Turvallinen lääkehoito -hankkeen aikataulun mukaisesti. Kehittämiskohde oli luonteva valinta kummallekin opiskelijalle, koska molemmat olivat kohdanneet sairaalassa työskennellessään tiedonkulkuun liittyviä ongelmia kotiuttamisessa. Nämä kokemukset motivoivat kehittämistyötä.

Juurruttaminen menetelmänä sopi hankkeeseen, koska se antaa työyhteisölle mahdollisuuden huomata tarpeen kehittämiseen, kun verrataan työryhmän hiljaista tietoa ja uutta tutkittua tietoa. Kehittämiskohde ei ollut se, mitä työryhmä oli erityisesti kaivannut kehitettävän, mutta haastatteluissa ilmeni, että tiedonkulussakin löytyi paljon kehitettävää ja työryhmä toivoi saavan siihen parannusta. Juurruttamisen ensimmäisen osion nykytilan kuvaus oli edellisten opiskelijoiden laatima Lääkehoidon hanke 2, mutta työ ei ollut heti käytettävissä, joten erityisesti tiedonkulun ja dokumentoinnin nykytila kuvattiin teemahaastattelulla.

Opiskelijoiden hakema tutkittu tieto tiedonkulusta koottiin tiivistetysti diamuodossa työryhmälle, siitä kaikkien oli helppo lukea tutkittua tietoa ja verrata sitä vanhaan käytännön kokemukselliseen tietoon. Näitä tietoja yhdistämällä luotiin uusi Hyvän kotiuttamisen malli. Malli esiteltiin työryhmälle, jolloin sitä olisi vielä ollut mahdollisuus muokata, mutta vain joitain pieniä muutoksia ehdotettiin.

Juurruttamisen prosessi sopi kehittämiseen, koska se antaa opiskelijoille ja työyhteisölle mahdollisuuden osallistua kehittämiseen ja toimintamallista saadaan juuri tälle työyhteisölle sopiva. Tämä kannustaa työyhteisöä kehittämään. Kehittäminen kulki juurruttamisprosessin kierrosten mukaisesti. Kehittämistoiminnan vuorovaikutus työntekijöiden ja opiskelijoiden kesken jäi kuitenkin vähäiseksi, vaikka kumpikin opiskelijoista oli harjoittelussa kyseisessä yksikössä. Esimiehen osallistuminen kehittämiseen olisi voinut näkyä työyhteisössä paremmin. Tämä olisi lisännyt keskustelua työyhteisön sisällä, mitä ei nyt juurikaan syntynyt. Opiskelijoiden ja työyhteisön tapaamisia olisi voinut olla enemmän, jolloin esimerkiksi juurruttamista menetelmänä olisi voitu avata työyhteisölle paremmin, ja sitä kautta sitoutuminen kehittämiseen olisi voinut lisääntyä. Työryhmä antoi vastuun kehittämisestä opiskelijoille eikä juuri vaikuttanut toimintamallin muotoon.

BA näkyi työyhteisössä ensin muutoksen vastustamisena. Työyhteisössä näkyi tunteita muutosta vastustaan ja puolesta. Työyhteisö kaipasi vielä lisätietoa kehittämiskohteesta ja yhteistyökumppaneista, jotta motivaatiota olisi saatu paremmin luotua. He kaipasivat tietoa siitä että lähtee myös erikoissairaanhoidon mukaan kehittämiseen. Kotihoito motivoitui mallin käyttöön ottoon, kun varmistui, että mallia tullaan esittelemään jatkossa erikoissairaanhoidon, ja että kotihoidon tekemästä kehittämisestä on konkreettista hyötyä myös ensihoidolle ja osastoille.

Opinnäytetyö prosessi osoittautui haastavaksi. Opiskelijat oppivat prosessin aikana paljon prosessityöstä ja kehittämisosaamisesta sairaanhoitajan työssä. Juurruttaminen osana kehittämistä selkeytyi. Muutos työyhteisössä jäi vielä vähäiseksi, koska muutosprosessi on aikaa vievä. Harjoittelu Keskustan kotihoidossa antoi selkeämmän kuvan mallin sopimisesta yksikköön ja tarvittavista kehittämiskohteista yksikössä. Harjoittelun aikana opiskelijat esittelivät mallia ja kehittämishanketta työyhteisölle. Tämä poikkeaa normaalista harjoittelukäytännöstä, koska opiskelijat tuovat tietoa työyhteisöön, eikä päinvastoin. Vuorovaikutus kehittämisessä jäi kuitenkin vähäiseksi opiskelijoiden ja työntekijöiden välillä.

Lähteet  
Kirjat

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 3/2006. Sairaanhoidaja lehti. Kotiutumisen onnistuminen -kotihoiton henkilöstön näkökulma.

Hammar, T. 2008. Helsinki Stakes. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa : kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä Palko-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Heikkinen T. 2007. Vanhustyön lähihoitajien näkemyksiä yhteistoiminnallisesta opiskelusta täydennyskoulutuksessa. Hoitotiede; Terveystieteiden opettajankoulutus, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Heinola R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito, Opas ikääntyneen kotihoidon laatuun. Gummerus kirjapaino Oy Vaajakoski

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007 Tutki ja kirjoita. Otavan Kirjapaino Oy Keuruu

Hägg T, Rantio M, Suikki P, Vuori A & Ivanoff-Lahtela. 2007. Hoitotyö kotona. WSOY Porvoo.

Kerkkä, M. 2004. Potilaan polku kodista terveyskeskuksen vuodeosastolle. Potilaiden sairaalaan hakeutuminen perusterveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Lahti A. 2006. Sairaanhoidajan ammattipätevyys kotihoidossa. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteenlaitos Kuopion yliopisto.

Larmi, A., Toukola, E. & Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Vammalan kirjapaino: Vammala

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro gradu -tutkielma, hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.

Mikkola, M-L. 2008. Tiedonhallinta lääkeprosessissa. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos Kuopion yliopisto.

Moilanen, R. 2006. Turvallinen lääkehoito - valtakunnallinen opas. Lähihoitajatapahtuma, kulttuuritalo 29.9.2006 Helsinki.

Niemelä, A-L. 2006. Kiire ja työn muutos. Väitöskirja, Helsinki.

Ora-Hyytiäinen, E. 2006 Pitkäjänteisen muutosprosessin johtaminen. Pro terveys 38 (5) 14-17

Outinen, M., Snellman, E., Ruuhilehto, K., Mustajoki, P., Wilskman, K., Kellosalo, K., Mikkonen, M., Mäntyranta, T. & Lehtonen, A. 2006. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto.

Pietikäinen, T. 2004 Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteen laitos Tampereen yliopisto

Rantasalo, K. 2007. Sairaalaan kotiin - Puhelin haastattelu erikoissairanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Rönkä, M. 2008. Potilaan ja terveydenhuollon organisaation välisen viestinnän kehittäminen: sähköposti ja tekstiviesti viestintävälineinä terveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopio yliopisto.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Edita Prima Oy Helsinki

Suikkanen, A. 2008. Keskussairaalan lääkityspoikkeamat. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos Kuopio

Veräjänkorva, O. 2008 Sairaanhoidajien lääkehoito-osaaminen yliopistosairaalassa. Turun ammattikorkeakoulu. Tampereen yliopistopaino: Tampere

Virtanen, P. 2007 Arviointi Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Edita Prima Oy: Helsinki

## Internetlähteet

Ahonen, O., Karhu, J., Kinnunen, R., Ora-Hyytiä, E. & Sokkeli, T. 2006 Sairaanhoidajan ja hoitotyön opiskelijan yhteinen toiminta hoitotyön kehittämisessä. Laurea-ammattikorkeakoulu, Lohjan Laurea, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Lohjan sairaanhoitoalue.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Partamies, S. 2007. Juurruttaminen kehittämismenetelmänä. Ammatillisen ja ammattikorkeakoulututkimuksen päivät.

Ahonen, O., Ora-Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005 Juurruttaminen hoitotyön kehittämistoiminnassa. Laurea-ammattikorkeakoulu, Laurea Lohja & Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Lohjan sairaanhoitoalue, Lohjan sairaala.

Ahonen, O., Partamies, S. & Ora-Hyytiäinen, E. 2009. Learning Together in Developing Process. Vienna

Camiré, E., Moyon, E. & Stelfox, H. 2009 Medication errors in critical care: risk factors, prevention and disclosure. Luettu 15.2.2010.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2670906/?tool=pmcentrez>

Fenton S. 2007. Evaluation and Management Documentation and Coding Technology Adoption. Foundation of Research and Education in Chicago, IL. Luettu 15.2.2010.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2047297/?tool=pmcentrez>

Grandell-Niemen H. 2005. Oikea lääke oikealle potilaalle. Sairaanhoidajalehti. Luettu 13.1.2010. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/viestinta/ajankohtaista/uutiset/?x1013598=1013810>

Gripenberg-Gahmberg, M., Lindberg, O., Strandberg, T. & Salonen, T. 2004. Kliininen tiedonvälitys perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon lääkärin välillä. Suomen Lääkärilehti.

Gylling, H. & Palonen, R. 2004. Lääkevahinko -mikä se on?. Suomen lääkäri-lehti.

Jokela K. 5/2006. Sairaanhoidajien oikeus kirjoittaa lääkemääräyksiä - kokemuksia Ruotsista. Sairaanhoidajalehti. Luettu 13.1.2010.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/5\\_2006/muut\\_artikkelit/sairaanhoidajien\\_oikeus\\_kirjoitt/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/5_2006/muut_artikkelit/sairaanhoidajien_oikeus_kirjoitt/)

Jokela K. 6/7 2006. Ensimmäinen pohjoismainen väitöskirja potilasturvallisuudesta. Sairaanhoidajalehti. Luettu 6.1.2010.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7\\_2006/muut\\_artikkelit/ensimmainen\\_pohjoismainen\\_vaitos/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2006/muut_artikkelit/ensimmainen_pohjoismainen_vaitos/)

Jokinen T, Vanakoski J, Skippari L, Iso-Aho M & Simoila R. 2009. Iäkkäisen potilaiden kokonaislääkitystä on syytä arvioida säännöllisesti kotihoidossa. Suomen lääkäri-lehti. Luettu 18.11.2009. <http://www.fimnet.ficgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000032104>

Kinnunen, M. & Helovuori, A. 5/2009. Vältä, havaitse ja hallitse virheitä. Sairaanhoidajalehti. [https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoidaja-lehti/5\\_2009/teema\\_potilasturvallisuus/\\_valta\\_havaitse\\_ja\\_hallitse\\_virh/](https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoidaja-lehti/5_2009/teema_potilasturvallisuus/_valta_havaitse_ja_hallitse_virh/)

Kinnunen M, Ruuhilehto K & Keistinen T. 6-7/2009. Turvallisuus paranee raportoimalla. Sairaanhoidajalehti. Luettu 6.1.2010.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7\\_2009/potilasturvallisuus/\\_turvallisuus\\_paranee\\_raportoima/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/6-7_2009/potilasturvallisuus/_turvallisuus_paranee_raportoima/)

Keistinen, T., Kinnunen, M. & Holm, T. 2008. Vaaratapahtumien raportointi-järjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen lääkärilehti.

Lapveteläinen, P. 2005. Tieto- ja viestintätekniset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjun mahdollistajana. Pro gradu-tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Kuopio yliopisto.

Leff, B. 2009. Defining and disseminating the hospital-at-home model. Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA. Luettu 21.1.2010.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621275/?tool=pmcentrez>

Mattila M & Isola A 39/2002. Sairaanhoidaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana - lupakäytäntö. Suomen lääkärilehti. Luettu 12.1.2010.  
<http://nelli.laurea.fi:2254/cl/laakarilehti/pdf/2002/SLL392002-3884.pdf>.

MTV3 Kymmenen uutiset 2005 Kotisairaaloiminta laajenee tasaista vauhtia. Luettu 21.1.2010  
<http://www.mtv3.fi/uutiset/arkisto.shtml/arkistot/kotimaa/2005/11/407453>

Ora-Hyytiäinen, E., Silvennoinen, P. 2007. Evaluating the results and effects of long-term development of nursing practice. Conference proceedings. 10th TOULON - VERONA CONFERENCE, QUALITY IN SERVICES, Aristotle University, Thessaloniki -Greece, 3-4 September 2007. 144-154.

Palonen, R., Palva, E., Laitinen, K., Särkämö, J. & Gylling, H. 2008. Lääkevalmisteiden tavallisimmat haittavaikutukset Suomessa. Suomen lääkärilehti.

Partamies, S., Ahonen, O. & Ora-Hyytiäinen, E. 2008. From Teaching to Learning; Creating Competence and Developing Skills in Project. Gothenburg. The European Conference on Educational Research.

Perälä M-J., Grönroos E. & Sarvi A. 8/2006 Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes Raportteja. Luettu 13.1.2010.  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R8-2006-VERKKO.pdf>

Ruoranen R. Aalto P, Kalvas A, Kujala M, Laaksoniemi R, Laitinen H, Marttila P, Miettinen M, Polo O, Salmela M, Sarso A & Uusitalo H. 2007. Perehdytyksen kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Tampere.  
[http://nelli.laurea.fi:2070/medic/?hakusanat=perehdytys&sivu=haku&mista=asiasanat&alkaen=20&ratio=&hakusanat2=&mista2=&ratio2=&hakusanat3=&mista3=&vuosi1=&vuosi2=&kieli\[0\]=kaikki&tyyppi\[0\]=kaikki&num=10&mesh=fi&historiamaara=18](http://nelli.laurea.fi:2070/medic/?hakusanat=perehdytys&sivu=haku&mista=asiasanat&alkaen=20&ratio=&hakusanat2=&mista2=&ratio2=&hakusanat3=&mista3=&vuosi1=&vuosi2=&kieli[0]=kaikki&tyyppi[0]=kaikki&num=10&mesh=fi&historiamaara=18)

Seppä, M. 2008. Haittatapahtumiin puuttumalla satojen miljoonien säästöt. Suomen lääkärilehti.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Potilasturvallisuus. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Helsinki. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)

Suikkanen, A., Kankkunen, P. & Suominen, T. 5/2009. Estä virheet ennakolta. Sairaanhoidajalehti.  
[https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoidajalehti/5\\_2009/teema\\_potilasturvallisuus/esta\\_virheet\\_ennakolta/](https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoidajalehti/5_2009/teema_potilasturvallisuus/esta_virheet_ennakolta/)

Taam-Ukkonen M. & Saano S. Kuopion yliopistollinen sairaala. Säännöllinen lääkehoidon täydennyskoulutus lisää turvallisuutta. 2009. Luettu 7.12.2009.  
<http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/viestinta/ajankohtaista/tiedotteet/?x2944458=5533354>



Toppinen L, Moilanen H, Järviluoma E & Tohmo H. 2009. Osastofarmasia parantaa potilasturvallisuutta. Suomen lääkäri-lehti. <http://nelli.laurea.fi:2254/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000032010>

Vallimies-Patomäki M & Kaartamo P. 5/2009. Askeleen edellä Irlannissa. Sairaanhoitajalehti. Luettu 13.1.2010.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/5\\_2009/ajankohtaiskirjoitus/askeleen\\_edella\\_irlannissa/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/5_2009/ajankohtaiskirjoitus/askeleen_edella_irlannissa/)

Veräjänkorva, O., Paltta, H. & Erkkö, P. 2008. Tavoitteena turvallinen lääkehoito. Turun ammattikorkeakoulu.

Voipio-Pulkki, L-M. 2008. Lääkehoitoa vieroksuneen potilaan outo elintoimintahäiriö. Suomen lääkäri-lehti.

Wendelboe B & Häkkinen H. 1/2006. Potilasturvallisuus Tanskassa. Sairaanhoitajalehti. Luettu 6.1.2010  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/1\\_2006/muut\\_artikkelit/potilasturvallisuus\\_tanskassa/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/1_2006/muut_artikkelit/potilasturvallisuus_tanskassa/)

Lohjan kaupunki. Kotihoito. 2008. Luettu 13.10.2009.  
<http://www.lohja.fi/default.asp?sivu=1&alasivu=256&kieli=246>

Kotihoidon laskenta 2008 Tilastoraportti 2009  
 Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2009. THL. Luettu 13.10.2009.  
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/kotihoito.htm>

Valvira sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Terveysturvallisuus. Luettu 15.2.2010.  
[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto)  
 ECER

#### Muut lähteet

Karjalainen M. 2009 Henkilökohtainen tiedonanto 4.11.2009.

Kotihoito perehdytyskansio 2009. Keskustan kotihoito. Luettu 1.7.2009.

## Kuviot

Kuvio 1: Juurruttaminen 2.0 .....	29
Kuvio 2: Onnistuneen kotiuttamisen malli .....	37
Kuvio 3: Työyhteisön mielipide työryhmän toiminnasta lääkehoidon edistämiseksi.....	39
Kuvio 4: Työyhteisön mielipide osallistumisesta toimintamallin työstämiseen.....	40
Kuvio 5: Toimintamallin hyödyntäminen työyhteisössä.....	40
Kuvio 6: Työryhmän tuomat ideat lääkehoidon kehittämiseen.....	41
Kuvio 7: Lääkehoidon sujuvuuden ja tehokkuuden parantuminen.....	41
Kuvio 8: Työyhteisön mielipide toimintamallin käyttöönotosta.....	42

## Liitteet

Liite 1: Lääkehoito suunnitelman osa-alueet.....	52
Liite 2: Arviointilomake työyhteisölle.....	53

Liite 1:

Lääkehoitosuunnitelma sisältää seuraavat osa-alueet:

1. Lääkehoidon sisältö ja toimintatavat
2. Lääkehoidon osaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen
3. Henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako
4. Lupakäytännöt
5. Lääkehuolto: lääkkeiden tilaaminen, säilytys, valmistaminen, käyttökuntoon saattaminen, palauttaminen, lääkeinformaatio, ohjaus ja neuvonta
6. Lääkkeiden jakaminen ja antaminen
7. Potilaiden informointi ja neuvonta
8. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi
9. Dokumentointi ja tiedonkulku
10. Seuranta- ja palautejärjestelmät

([http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/uutiset\\_ja\\_tiedotteet/Turvallinen\\_laakehoito.pdf](http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/uutiset_ja_tiedotteet/Turvallinen_laakehoito.pdf))

## Liite 2: Arviointilomake työyhteisölle

Hyvä vastaaja

Pyydämme sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella Turvallisen lääkehoidon kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja, kenties muiden työyhteisöjen edustajia ja hoitotyön opiskelijoita. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut lääkehoidon kehittäminen. Työryhmä on tuottanut ja esitellyt työyhteisön nykytoimintaa kuvaavan käsitekartan, kehitettävää aluetta kuvaavan teoreettisen käsitekartan ja laatinut ehdotuksen uudeksi käytännön toiminnaksi yhdessä valitsemallanne alueella.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastauksiasi ja esittää kehittämis ehdotuksia työryhmälle.

Vastausvaihtoehdot ovat	1	ei lainkaan
	2	jonkin verran
	3	paljon
	4	erittäin paljon
	5	en osaa sanoa

- 1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt lääkehoidon kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?  
1 2 3 4 5
- 2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut työryhmän tuottamien käsitekarttojen ja uuden toimintamallin työstämiseen?  
1 2 3 4 5
- 3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?  
1 2 3 4 5
- 4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet lääkehoitoa kehittää?  
1 2 3 4 5
- 5 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut lääkehoidon sujuvuutta ja tehokkuutta?  
1 2 3 4 5
- 6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?  
1 2 3 4 5

- 7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

---



---



---



---



---

- 
- 
- 8      Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

---

---

---

---

---

- 9      Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

---

---

---

---

---

Kiitos arvioinnistasi!